

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

**MARIANA DAL'RI
SUZANA ZOLNOWSKI**

**ASSISTÊNCIA À SAÚDE DA MULHER:
PROMOVENDO O AUTOCUIDADO DA MULHER NO CLIMATÉRIO**

Florianópolis, novembro de 2004.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

MARIANA DAL'RI
SUZANA ZOLNOWSKI

ASSISTÊNCIA À SAÚDE DA MULHER:
PROMOVENDO O AUTOCUIDADO DA MULHER NO CLIMATÉRIO

N.Cham. TCC UFSC ENF 0265

Autor: Dal'ri, Mariana

Título: Assistência à saúde da mulher :



972492468 Ac. 241438

Ex.1 UFSC BS CCSM CCSM

Relatório do Trabalho de Conclusão de
Curso da VIII Unidade Curricular do Curso
de Graduação em Enfermagem da
Universidade Federal de Santa Catarina
realizado sob a orientação da Professora Dra.
Elza Berger Salema Coelho e supervisionado
pela Enfermeira Msc Marcia Sueli Del
Castanhel.

CCSM

TCC

UFSC

ENF

0265

Ex.1

Florianópolis, novembro de 2004.

MENSAGEM

É melhor tentar e falhar,
que preocupar-se e ver a vida passar.

É melhor tentar, ainda que em vão,
Que sentar-se fazendo nada até o final.

Eu prefiro na chuva caminhar,
Que em dias tristes em casa me esconder.

Prefiro ser, embora louco,
Que em conformidade viver.

Martin Luther King

AGRADECIMENTOS

À Deus

Pela dádiva da vida, pelas bênçãos concedidas durante nossa jornada, por nos guiar através de caminhos de luz e pelas pessoas maravilhosas que Ele colocou em nossas vidas!

Agradecemos-te Pai!

À Família

Que nos ensinou a amar, amando-nos de todo coração, sacrificando seus sonhos para que pudéssemos realizar os nossos. Enxugando nossas lágrimas quando estávamos tristes, sorrindo quando sabiam que estávamos felizes.

Enfim, por nos estender a mão sempre que precisávamos mesmo quando o mundo inteiro parecia estar contra nós.

Oferecemos toda nossa gratidão e amor a vocês!

Aos Amores

Giovanni (namorado da Suzana) e Rafael (namorado da Mariana), estes homens tão amados! Que estavam presentes em todos os momentos, dando-nos carinho, apoio e amor. E às vezes faltam até palavras pra dizer o que sentimos, expressar nossa emoção quando pensamos em vocês!

Sendo assim, cada uma de nós quer agradecer ao seu respectivo amor dizendo:

EU TE AMO! OBRIGADA POR TUDO!

Aos Amigos

Agradecemos a vocês pela força e amizade sincera! Pela ajuda especial de muitos que contribuíram durante esta caminhada, nos arrancando sorrisos e fazendo de tudo para que nos sentíssemos bem! Vocês são maravilhosos!

Às Mestres (orientadora **Elza Berger Salema Coelho, supervisora de estágio **Marcia Sueli Del Castanhel** e terceiro membro da banca **Maria de Fátima Zampieri**)**

Que nos guiaram com sua experiência e sabedoria no decorrer deste desafio, oferecendo-nos apoio e compreensão de maneira leve e afável. Transmitindo bom humor e alegria e, acima de tudo, contribuindo para a realização do nosso trabalho com dedicação e paciência. Muito obrigada! Vocês sempre serão nossos exemplos de vida!

Às Clientes

Pela agradável companhia, por confiar em nossa competência. Vocês foram o motivo deste trabalho, nossa inspiração! Estarão sempre em nossas mais belas recordações!

Aos funcionários do Centro de Saúde Saco Grande,

Obrigada pela colaboração e compreensão durante o tempo em que estivemos juntos! Foi um prazer trabalharmos unidos em busca de um ideal maior!

RESUMO

Trata-se do Relatório Final do trabalho de conclusão de curso da VIII Unidade Curricular do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina. Teve como objetivo geral prestar assistência de enfermagem às mulheres que estão vivenciando o climatério, fundamentada na Teoria do Autocuidado de Dorothea E. Orem, visando promover a saúde das mulheres que freqüentam o Centro de Saúde do Saco Grande em Florianópolis. A prática assistencial desenvolveu-se no período de 30/08/04 a 30/10/04. A Teoria de Orem norteou a assistência prestada, cuja meta foi identificar os déficits de conhecimento e competência das mulheres climatéricas, estimulando-as para o autocuidado e visando melhorar a qualidade de vida. Foram realizadas consultas de enfermagem para exame preventivo de câncer cérvico-uterino e de mamas, consultas e oficinas com abordagem sobre climatério. No desenvolvimento da prática assistencial houve participação feminina expressiva, evidenciando o interesse das mulheres em compartilhar conhecimentos e experiências sobre a fase do climatério. Foram inseridos e sedimentados espaços na rede primária de saúde, onde as mulheres puderam expressar seus sentimentos, esclarecer dúvidas, dificuldades e receber orientações sobre a fase que vivenciam para, desta forma, potencializarem sua capacidade de autocuidado.

Palavras-chave: Climatério. Mulher. Autocuidado.

SUMÁRIO

- 1 APRESENTAÇÃO.....09
- 2 OBJETIVOS.....14
 - 2.1 Objetivo Geral.....14
 - 2.2 Objetivos Específicos.....14
- 3 REFERENCIAL TEÓRICO.....16
 - 3.1 Conceito.....16
 - 3.2 Teoria Geral de Enfermagem de Orem.....16
 - 3.3 Pressupostos da Teoria de Orem.....19
 - 3.4 Pressupostos Pessoais.....20
 - 3.5 Conceitos.....21
 - 3.5.1 Ser Humano.....21
 - 3.5.2 Saúde/Desvio de Saúde.....22
 - 3.5.3 Enfermagem.....23
 - 3.5.4 Meio Ambiente/Sociedade.....25
 - 3.5.5 Autocuidado.....26
 - 3.6 Processo de Enfermagem Segundo Orem.....28
 - 3.6.1 Etapas do Processo de Enfermagem.....28
 - 3.6.1.1 Fase Intelectual (Fase I).....29
 - 3.6.1.2 Fase Prática (Fase II).....30
- 4 METODOLOGIA.....32
 - 4.1 Contextualização do Local de Estágio.....32
 - 4.2 População Alvo.....36
 - 4.3 Plano de Ação.....36
- 5 REVISÃO DE LITERATURA.....42
 - 5.1 Climatério.....42
 - 5.1.1 Aspectos Psicossociais.....44
 - 5.1.2 Aspectos Culturais.....45

5.1.3 Alterações do Climatério.....	46
5.1.3.1 Alterações Precoces.....	47
5.1.3.2 Alterações de Médio Prazo.....	51
5.1.3.3 Alterações Tardias.....	56
5.1.4 Tratamento.....	60
5.1.4.1 Medidas Gerais.....	60
5.1.4.2 Terapia de Reposição Hormonal.....	61
5.1.4.3 Fitoestrogênios.....	66
5.1.5 Cuidados no Climatério.....	67
5.1.5.1 Dieta.....	67
5.1.5.2 Atividade Física.....	71
5.1.5.3 Exercícios para o Fortalecimento do Períneo.....	72
5.1.5.4 Contracepção.....	72
5.1.5.5 Exames Complementares.....	78
5.1.5.6 Cuidados de Enfermagem.....	80
 6 DESENVOLVIMENTO DO PLANO DE AÇÃO.....	 82
 7 ATIVIDADES REALIZADAS E NÃO PROPOSTAS NO PROJETO.....	 135
7.1 Reuniões do Grupo de Planejamento Familiar.....	135
7.2 Reunião Administrativa do Centro de Saúde Saco Grande.....	136
7.3 Visita a Associação Vida Verde.....	137
7.4 Visita Domiciliar.....	138
 8 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	 140
 9 REFERÊNCIAS.....	 142
 10 APÊNDICES.....	 146
10.1 Apêndice 1.....	147
10.2 Apêndice 2.....	152
10.3 Apêndice 3.....	155
10.4 Apêndice 4.....	156
10.5 Apêndice 5.....	157

10.6 Apêndice 6.....158

10.7 Apêndice 7.....163

10.8 Apêndice 8.....172

10.9 Apêndice 9.....179

11 ANEXOS.....192

11.1 Anexo 1.....193

11.2 Anexo 2.....204

1 APRESENTAÇÃO

Este trabalho trata-se do relatório final do trabalho de conclusão de curso, que é requisito obrigatório da disciplina de Enfermagem Assistencial Aplicada da VIII Unidade Curricular do Curso de Graduação de Enfermagem – UFSC. Foi desenvolvido no Centro de Saúde do Saco Grande, no período de 30 de agosto a 30 de outubro de 2004, obedecendo à carga horária de estágio de 220 horas.

A escolha do tema deve-se ao fato da expectativa de vida feminina ter aumentado principalmente nos últimos 40 anos, passando de 45 anos em 1940 (PEDRO et al., 2002) a 73 anos na atualidade (LITVOC & BRITO, 2004). As estimativas são que esse aumento continue a ocorrer durante o século XXI, e conseqüentemente, aumentará o número de mulheres brasileiras que enfrentam o período do climatério.

Para Pedro et al. (2002), o Brasil tem hoje uma população de 160 milhões de habitantes, dos quais 56% são mulheres. Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2001), no Brasil existem 22.715.221 mulheres com mais de 40 anos.

Estes dados nos mostram que é considerável o contingente de mulheres climatéricas passíveis de assistência à saúde, principalmente preventiva. Além disso, muitas mulheres com mais de 40 anos poderão experimentar sintomas característicos da falência ovariana (SUKWATANA et al. apud PEDRO et al., 2002), e precisam receber orientações sobre o climatério para ameniza-los.

Este fato exige mais atenção dos serviços de saúde, em especial os que prestam assistência primária, para que estejam preparados para atender as necessidades de saúde geradas por essa mudança de padrão demográfico feminino. Desta forma, também se justifica a necessidade destes serviços oferecerem assistência específica às mulheres que se encontram no climatério, para que estas tenham melhor qualidade de vida e bem-estar, reduzindo a sintomatologia experimentada e outras manifestações físicas, psicológicas e sociais, inerentes a esta etapa da vida.

Desde o final da década de sessenta tem existido um crescente interesse em todo o mundo pela atenção a mulher nos períodos climatérico e pós-menopáusico. Este interesse nasce, entre outros fatores, do conhecimento científico cada vez mais amplo, acerca das possibilidades de melhorar significativamente a qualidade de vida nestes períodos, através de ações para a atenção integral da saúde feminina, a supressão da síndrome do climatério, assim

como a redução da morbidade e mortalidade, vinculadas ao acréscimo dos riscos de osteoporose e doenças cardiovasculares (ALOYSIO et al. apud MURILLO et al., 2000).

Segundo Pedro et al. (2002), existe consenso de que a atenção à saúde da mulher pressupõe a assistência a todas as fases de sua vida. O climatério, por compreender um período relativamente longo da vida da mulher, deve merecer atenção crescente da sociedade, pois a expectativa de vida após a menopausa é atualmente equivalente ao período de vida reprodutiva.

No ano de 1993, o Ministério da Saúde incluiu no Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) orientações específicas à assistência ao climatério, objetivando universalizar os procedimentos em diversos níveis de atendimento, contemplando a melhoria dos indicadores de saúde. Indicam basicamente uma propedêutica médica, orientação dietética e orientação para programas de atividades físicas. No entanto, atividades educativas devem oferecer às clientes, o maior nível de entendimento sobre as modificações biológicas inerentes ao período do climatério, bem como propiciar adequada vigilância epidemiológica às situações de risco associadas. Os aspectos psicológicos e sexuais são, também, apontados como significativos nessa fase (MENDONÇA, 2004).

Concordamos com a autora supracitada, e verificamos por meio da prática assistencial, que a abordagem dos aspectos biológicos, sociais, psicológicos, sexuais e as situações de risco do período do climatério ampliaram os debates sobre as práticas de saúde nesta fase. Desta forma, consideramos que as mulheres necessitam de informações que lhes permitam ter um papel ativo diante das situações desconhecidas relativas ao período que vivenciam.

De acordo com Mendonça (2004), o climatério e a menopausa são, sem dúvida, no Brasil, temáticas que entram na agenda das discussões na década de 1990. Se havia um relativo silêncio a respeito, fosse pela escassa difusão de trabalhos científicos produzidos fora do Brasil, ou por ainda ser tema tabu entre as mulheres, o fato é que não deixava de ser uma questão relevante para as mesmas.

O fato das mulheres pararem de menstruar em um determinado momento da vida é algo perfeitamente conhecido desde a mais remota Antigüidade. Hipócrates menciona em seus escritos a cessação das menstruações e Aristóteles no ano 322 a.C. descreveu que a menstruação cessa ao redor dos 50 anos de idade (REKERS apud BOTELL, 2001).

No cenário internacional, o ano de 1976 marca a realização do I Congresso Internacional de Menopausa, definindo-se o climatério como o período de envelhecimento da

mulher entre as fases produtiva e não produtiva; e menopausa como a data final das menstruações que ocorrem durante o climatério (PORTINHO apud MENDONÇA, 2004).

A menopausa corresponde ao último período menstrual, que ocorre devido à perda da atividade folicular do ovário. É diagnosticada quando transcorrem 12 meses consecutivos de amenorréia, para a qual não existe nenhuma outra causa óbvia, patológica ou fisiológica (AYALA et al., 2002).

Para Bastos (2001, p.21)

Climatério é o período de transição entre os ciclos ovulatórios finais da vida de uma mulher e a menopausa propriamente dita, correspondendo a um período de 2 a 5 anos. O termo climatério tem origem no grego *climak* (mudança) e *terius* (tempo), significando mudança de direção.

Na literatura, segundo Mendonça (2004), o termo climatério designa, basicamente, o ciclo da mulher caracterizado pelas mudanças hormonais (diminuição de estrogênio e progesterona), alterações vaginais e cessação da menstruação (menopausa).

Reserva-se a expressão síndrome do climatério ao conjunto de sinais e sintomas que provocam mal-estares físicos e emocionais, resultantes da insuficiência estrogênica, destacando-se, em curto prazo, ondas de calor, insônia, irritabilidade e depressão; em médio prazo, atrofia dos epitélios, mucosas e colágeno; a longo prazo, alterações cardiovasculares e perda de massa óssea (LUCA apud MENDONÇA, 2004). Há autores que classificam os sintomas em vasomotores (ondas de calor, suores, palpitações) psíquicos e somáticos.

Segundo Botell (2001), a síndrome do climatério é muito freqüente e ocorre em 2 de cada 3 mulheres, as quais apresentam alterações psicológicas tais como: irritabilidade, depressão, ansiedade, nervosismo, diminuição da libido; alterações geniturinárias como secura vaginal, prurido, disúria, incontinência urinária e prolapsos; e sintomas neurovegetativos como sudorese, cefaléia, parestesias, insônia, etc (BOTELL, 2001).

Apesar do termo climatério ainda ser desconhecido da população usuária dos serviços de saúde, a menopausa representa um marco das mudanças pela qual passa a mulher, não só em termos fisiológicos, mas também implica em outras considerações como, por exemplo, na associação entre menopausa e início do envelhecimento e decadência, construções características de nossas sociedades e culturas ocidentais (MENDONÇA, 2004). Para Bastos (2001), a tendência da sociedade moderna é confundir o climatério e a menopausa, com a

perda da feminilidade, da juventude, da sexualidade ou mesmo como uma nova maneira de adoecer.

Estes fatos reforçam a escolha do tema por considerarmos extremamente relevantes as modificações que ocorrem durante a fase do climatério, culminando e acentuando-se na menopausa. As mulheres que vivenciam este período necessitam de assistência integral, envolvendo processos fisiológicos, endócrinos, anatômicos, psicossociais, sexuais e biológicos, para podermos compreender esta fase em sua abrangência.

A significativa demanda diária de mulheres que procuram atendimento no Centro de Saúde do Saco Grande, para a realização do exame preventivo cérvico-uterino e de mamas, nos conduziu a definirmos a consulta ginecológica de enfermagem como uma estratégia para abordarmos as mulheres que se encontram na faixa etária correspondente ao climatério, momento em que pudemos trocar conhecimentos e orientar estas mulheres sobre esta etapa da vida.

Segundos dados do IBGE divulgados em 2000, residem 5002 pessoas no bairro do Saco Grande (área de abrangência do Centro de Saúde do Saco Grande) em Florianópolis – SC. Destas 5002 pessoas, 50% são mulheres, e praticamente 30% destas possuem 40 anos ou mais de idade.

A prática assistencial foi desenvolvida neste Centro de Saúde, em razão da estrutura física, que disponibiliza salas para a realização das consultas de enfermagem, auditório para a condução de oficinas, ausência de ações específicas às mulheres climatéricas e interesse das enfermeiras em dar continuidade à prática assistencial desenvolvida.

Utilizamos um questionário durante as consultas de enfermagem para identificar os fatores individuais, que influenciam a saúde e qualidade de vida das mulheres que vivenciam o climatério. Com as informações coletadas, definimos o perfil destas mulheres e os assuntos de interesse abordados nas oficinas sobre climatério.

Inferimos ser este um processo natural que é vivido em condições diferenciadas, dependendo de vários fatores, desde os genéticos e do meio-ambiente aos que estão ligados às condições de vida e de trabalho. Admitimos, no entanto, que poucas mulheres estão totalmente isentas de sintomas, mas não relacionamos este período como um marco do envelhecimento e da degradação física e mental.

Quebrar o silêncio em torno do climatério, estimulando a expressão de sentimentos e vivências, através de consultas de enfermagem com as mulheres que vivenciam o climatério e

de oficinas sobre o tema, conduzidos pelas acadêmicas de enfermagem, tornou-se um dispositivo para a participação ativa das usuárias no processo saúde/doença.

Na condução das consultas e oficinas conseguimos romper o silêncio, questionando os conhecimentos das mulheres em torno do climatério e das práticas de saúde, socializando informações, tendo como conteúdo o conhecimento sobre o corpo, as modificações biológicas, os fatores sócio-culturais e psicológicos, a prevenção de doenças e sua relação com diferentes estilos de vida e as diferentes condutas terapêuticas.

Para nortear a assistência prestada, optamos pela utilização da Teoria do Autocuidado de Dorothea E. Orem, por considerarmos seus conceitos e pressupostos os mais adequados para a realização das ações de autocuidado relacionadas à saúde das mulheres no climatério. Utilizamos também, o processo de enfermagem baseado em Orem e citado por Santos (1991), aplicando-o integralmente a duas mulheres e partes deste às demais mulheres climatéricas atendidas nas consultas de enfermagem.

Por meio da Teoria do Autocuidado de Orem, consideramos durante a realização da prática assistencial, fatores individuais como valores, crenças, hábitos, conhecimentos, práticas de saúde e ambiente sócio-econômico-cultural das mulheres no climatério, uma vez que, estes influenciam as atividades de autocuidado.

A utilização deste referencial nos permitiu identificar os déficits de autocuidado destas mulheres, além de potencializarmos suas capacidades para o autocuidado, buscando a saúde, o desenvolvimento e bem-estar nesta fase da vida. Sendo assim, definimos os objetivos propostos no Projeto da Prática Assistencial como alcançados.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Prestar assistência de enfermagem às mulheres que estão vivenciando o climatério, fundamentada na Teoria do Autocuidado de Dorothea E. Orem, visando promover a saúde das mulheres que frequentam o Centro de Saúde do Saco Grande em Florianópolis – SC.

2.2 Objetivos Específicos

- 1** - Proporcionar a integração das acadêmicas com a equipe multiprofissional do Centro de Saúde do Saco Grande, para executar as ações relacionadas à saúde da mulher na fase do climatério.
- 2** – Divulgar o trabalho a ser realizado no Centro de Saúde do Saco Grande, voltado para a saúde da mulher climatérica, por meio das consultas de enfermagem e oficinas sobre o tema, conduzidos pelas acadêmicas.
- 3** - Realizar consultas de enfermagem às mulheres na fase do climatério, no Centro de Saúde do Saco Grande, detectando os déficits de autocuidado com relação a esta fase.
- 4** - Propor, aplicar e avaliar o processo de assistência de enfermagem, fundamentado na Teoria do Autocuidado de Dorothea Orem, a mulheres climatéricas, que forem atendidas nas consultas de enfermagem.
- 5** - Identificar o perfil das mulheres que estão na fase do climatério, atendidas nas consultas de enfermagem, e temas de interesse a serem abordados nas oficinas sobre climatério.
- 6** - Realizar oficinas sobre climatério, abordando os temas de interesse definidos pelas mulheres.

7 - Ampliar conhecimentos teóricos e práticos, relativos ao climatério, consultas de enfermagem e outros assuntos específicos que se fizerem necessários para prestar assistência, visando a promoção da saúde das mulheres climatéricas.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 Conceito

Marco conceitual é uma construção mental que deve comportar uma estrutura lógica de inter-relação entre vários conceitos que o compõe. No campo da prática de enfermagem, o marco conceitual deve permear todos os momentos desta prática, atuando como referência sobre o que é importante observar, relacionar e planejar nas situações de interpretação do que está sendo vivenciado (MONTICELLI & SILVA, 1997).

Neste trabalho, tais definições e conceitos estão fundamentados na Teoria do Autocuidado de Dorothea E. Orem, sendo que os mesmos foram utilizados para direcionar a assistência de enfermagem voltada às mulheres climatéricas, cuja meta foi a de melhorar a qualidade de vida, estimulando-as para o autocuidado.

3.2 Teoria Geral de Enfermagem de Orem

Segundo Orem, citada por Foster & Janssens (2000, p.91),

a enfermagem tem como especial preocupação a necessidade de ações de autocuidado do indivíduo e o oferecimento e controle disso, numa base contínua para sustentar a vida e a saúde, recuperar-se de doença ou ferimento e compatibilizar-se com seus efeitos.

De acordo com Foster & Janssens (2000), a teoria geral de enfermagem de Orem é formada por três construtos teóricos:

1. a teoria do autocuidado;
2. a teoria das deficiências do autocuidado; e
3. a teoria dos sistemas de enfermagem.

Teoria do Autocuidado

A teoria do autocuidado engloba o autocuidado, a atividade de autocuidado e a exigência terapêutica de autocuidado, bem como requisitos para o autocuidado.

Orem conceitua autocuidado como a “prática de atividades, iniciadas e executadas pelos indivíduos, em seu próprio benefício, para a manutenção da vida, da saúde e do bem estar” (FOSTER & JANSSENS, 2000, p.91). Para Orem, “Autocuidado [...] efetivamente executado, contribui de maneira específica para a integridade da estrutura humana, para o funcionamento da pessoa e para seu desenvolvimento”, e que “As capacidades do indivíduo para engajar-se no autocuidado [...] acham-se condicionadas pela idade, estado de desenvolvimento, experiência de vida, orientação sócio-cultural, saúde e recursos disponíveis” (FOSTER & JANSSENS, 2000, p.91).

Orem, citada por Foster & Janssens (2000), apresenta três categorias de requisitos do autocuidado ou exigências, tais como:

- 1) universais;
- 2) desenvolvimentais; e
- 3) de desvio de saúde.

Requisitos universais de autocuidado estão associados a processos de vida e à manutenção da integridade da estrutura e funcionamento humanos. Eles são comuns a todos os seres humanos, durante todos os estágios do ciclo vital e devem ser encarados como fatores interligados, sendo que um influencia o outro. São atividades do cotidiano, como: a manutenção de ingestão suficiente de ar, de água, de alimento; a provisão de cuidados, associada a processos de eliminação e excreção; a manutenção de um equilíbrio entre atividade e descanso e entre solidão e interação social; a prevenção de riscos à vida humana, ao funcionamento humano e ao bem-estar humano; a promoção do funcionamento e desenvolvimento humanos, em grupos sociais, conforme o potencial humano, limitações humanas conhecidas e o desejo humano de ser normal.

Requisitos desenvolvimentais de autocuidado são tanto as expressões especializadas de requisitos universais de autocuidado, que foram particularizadas por processos de desenvolvimento, quanto novos requisitos, derivados de alguma condição ou associados a algum evento. Exemplos: adaptação a um novo trabalho ou adaptação a mudanças físicas.

Autocuidado por desvio de saúde é exigido em condições de doença, ferimento ou moléstia, ou pode ser consequência de medidas médicas, exigidas para diagnosticar e corrigir a condição. Exemplo: aprendizado do andar de muletas.

A partir desse modelo, pode ser visto que, num determinado momento, uma pessoa tem habilidades específicas de autocuidado, bem como demandas terapêuticas de autocuidado. Quando é exigido mais demandas do que habilidades, há a necessidade da atuação do enfermeiro(a) (FOSTER & JANSSENS, 2000).

Teoria de Sistemas de Enfermagem

O sistema de enfermagem, planejado pelo profissional, baseia-se nas necessidades de autocuidado e nas capacidades do paciente para execução de atividades de autocuidado (FOSTER & JANSSENS, 2000). Segundo Foster & Janssens (2000), Orem identificou três classificações de sistemas de enfermagem para satisfazer aos requisitos de autocuidado do paciente. São as seguintes: o sistema totalmente compensatório, o sistema parcialmente compensatório e o sistema de apoio-educação.

O **sistema de enfermagem totalmente compensatório** está representado por uma situação, em que o indivíduo é incapaz de empenhar-se naquelas ações de autocuidado que exigem locomoção autodirigida e controlada e movimento manipulativo, ou com prescrição médica de evitar tal atividade. Pessoas com tais limitações são socialmente dependentes de outros para a continuação de sua existência e seu bem-estar.

O **sistema de enfermagem parcialmente compensatório** está representado por uma situação, em que tanto o enfermeiro quanto o paciente podem exercer o papel principal na execução de medidas ou outras ações de cuidado que envolvem tarefas de manipulação ou de locomoção.

No **sistema de apoio-educação**, a pessoa consegue executar ou pode e deve aprender a executar medidas de autocuidado terapêutico, de ordem interna ou externa, embora não consiga fazer isso sem auxílio. O papel do enfermeiro é o de promover o paciente a um agente de autocuidado.

3.3 Pressupostos da Teoria de Orem:

De acordo com Santos (1991), Orem propõe:

- O autocuidado é uma necessidade universal dos seres humanos;

- O autocuidado é uma ação deliberada que possui propósito, padrão e sequência, que busca metas e resultados;
- As atividades de autocuidado são aprendidas de acordo com as crenças, hábitos e práticas que caracterizam o estilo de vida cultural do grupo, ao qual o indivíduo pertence;
- As maneiras de encontrar as necessidades de autocuidado (processos tecnológicos e práticas de autocuidado) são elementos culturais e variam com os indivíduos e grupos sociais maiores;
- Os fatores individualizados de saúde, idade, estágio de desenvolvimento, conhecimento e habilidades, valores e metas, motivação e o padrão estabelecido para responder a estímulos internos e externos, influenciam as decisões e ações relativas ao autocuidado;
- Fatores como ambiente, hereditariedade, conhecimentos sobre saúde, valores, atividades, crenças e comportamentos influem na saúde do indivíduo;
- A enfermagem é um serviço de ajuda.

3.4 Pressupostos Pessoais

- As mulheres climatéricas são capazes e têm a necessidade de realizar ações para o autocuidado, buscando o seu bem-estar;
- O autocuidado é essencial para a saúde, desenvolvimento e bem-estar das mulheres que vivenciam o climatério;
- As crenças, hábitos, valores, conhecimentos e práticas, que caracterizam o estilo de vida cultural em que as mulheres climatéricas estão inseridas, influenciam o aprendizado das atividades de autocuidado;
- As necessidades de autocuidado das mulheres climatéricas são determinadas, a partir dos elementos sócio-econômico-culturais, e variam de acordo com a individualidade de cada mulher.
- As decisões e ações de autocuidado, e conseqüentemente, a saúde das mulheres climatéricas são influenciadas por fatores individualizados, como: educação, ambiente, idade, hereditariedade, conhecimento sobre saúde, crenças, valores, metas e comportamentos.

- A enfermagem pode ajudar a mulher na fase do climatério, a aumentar seus potenciais e habilidades para o autocuidado.

3.5 Conceitos

3.5.1 Ser Humano

Segundo Orem, citada por Santos (1991, p.98),

O ser humano é uma unidade, funcionando biologicamente, simbolicamente e socialmente. O funcionamento do ser humano está ligado ao seu ambiente, e juntos, ser humano e ambiente, formam um todo integrado ou sistema. O ser humano é um ser que tem necessidades de autocuidado, é responsável e possui habilidades (capacidades) para cuidar de si próprio e de seus dependentes. Distingue-se de outros seres vivos pela capacidade de refletir sobre si mesmo e seu ambiente, simbolizar suas experiências e usar criações simbólicas (idéias, palavras) através do pensamento, da comunicação e da ação, em seu próprio benefício e de outros.

Orem, citada por Foster & Janssens (2000, p.96), julga os seres humanos de duas diferentes perspectivas. A primeira é a das pessoas que se vêem evoluindo “na direção do amadurecimento e da realização do potencial humano do indivíduo [...] auto-realização e personalidade são termos às vezes utilizados para referir-se ao processo de personalização”. A segunda perspectiva

focaliza a diferenciação estrutural e funcional, no âmbito da unidade que é um ser humano [...] desenvolvida por várias ciências humanas e da vida [...], incluindo bioquímica, biofísica, anatomia humana e fisiologia humana [...] psicologia, psicofisiologia e psicologia social (OREM apud FOSTER & JANSSENS, 2000, p.96).

Ela enfatiza, no entanto, que ambas as perspectivas precisam integrar-se para o estabelecimento de uma enfermagem eficaz.

Neste trabalho, os seres humanos considerados com maior atenção foram as mulheres que vivenciam o climatério, tendo suas próprias crenças, valores, conhecimentos próprios, expectativas, déficits para o autocuidado, necessidades e história de vida. Estes fatores individuais devem ser respeitados e compreendidos pela enfermeira, pois refletem diretamente na capacidade das mulheres se engajarem no autocuidado. São seres humanos únicos com

capacidades e potencialidades de realizar o autocuidado, refletindo sobre si mesmas, comunicando suas vivências e dúvidas e direcionando seus esforços na tentativa de ter uma melhor qualidade de vida nesta fase que é o climatério.

Outros seres humanos que detém e compartilham seus conhecimentos científicos e habilidades técnicas, importantes para a realização do nosso trabalho foram os profissionais que trabalham no Centro de Saúde do Saco Grande (equipe de saúde). Estas pessoas facilitaram nosso trabalho neste local, compartilhando experiências e informações, assistindo às mulheres, neste caso em especial, as mulheres que vivenciam o climatério, visando o autocuidado.

A enfermeira atua como uma facilitadora do processo de autocuidado da mulher que vivencia o climatério, levando em consideração as perspectivas dos seres humanos em evolução para o amadurecimento e a auto-realização e focalizando os seres humanos com suas diferenças estruturais e funcionais. Os profissionais pertencentes à equipe de saúde (equipe multiprofissional), atuaram preferencialmente de forma interdisciplinar, e isto inclui a participação da enfermeira, na tentativa de assistir estas mulheres de maneira integral através dos conhecimentos das ciências humanas e da vida, com o objetivo de fortalecer a capacidade de autocuidado destas.

3.5.2 Saúde / Desvio de Saúde

Orem, citada por Foster & Janssens (2000, p.96), apóia a definição de saúde da Organização Mundial de Saúde (OMS) como “o estado de bem-estar físico, mental e social e não simplesmente a ausência de enfermidade ou doença [...] os aspectos físicos, psicológicos, interpessoais e sociais da saúde são inseparáveis no indivíduo”. Além disso, Orem, citada por Foster & Janssens (2000), também apresenta a saúde com base nos conceitos de cuidados preventivos de saúde (prevenção primária), o tratamento da doença ou ferimento (prevenção secundária) e a prevenção de complicações (prevenção terciária).

Foster & Janssens (1991), citam que, embora Orem não explicita o conceito de doença, a mesma considera que qualquer alteração da estrutura normal ou funcionamento, constitui-se em ausência de saúde no sentido de totalidade ou integridade do ser humano. Tais alterações, que podem estar relacionadas com os aspectos físicos, psicológicos, interpessoais e

sociais, quando presentes, determinam no indivíduo um estado de desvio de saúde, exigindo o atendimento de requisitos específicos de autocuidado.

Para Santos (1991, p.120), “saúde consiste na capacidade do ser humano de viver seu potencial máximo”.

No caso da mulher que vivencia o climatério, a saúde significa o estado deste ser humano viver suas potencialidades, sua integridade como indivíduo, associando os aspectos biológico, psicológico, espiritual, social e interpessoal para alcançar o equilíbrio, bem-estar geral e seu potencial máximo de vida, através de suas capacidades de autocuidado.

Qualquer modificação na integridade ou nas funções orgânicas da mulher que está vivenciando a fase do climatério é considerada desvio de saúde, e está vinculada a processos físicos, psicológicos, interpessoais e/ou sociais. Este ser humano pode apresentar desvios de saúde, como por exemplo, osteoporose ou doenças cardiovasculares, necessitando da assistência de enfermagem, para que consiga realizar o autocuidado efetivo e retornar ao seu estado de bem estar físico, mental e social.

3.5.3 Enfermagem

Sobre enfermagem, Orem citada por Foster & Janssens (2000, p.96), declara:

Na sociedade moderna, espera-se que os adultos sejam autoconfiantes e responsáveis por si mesmos e pelo bem-estar de seus dependentes. A maioria dos grupos sociais aceita que pessoas necessitadas, doentes, idosas, incapacitadas ou, de outra forma, privadas, devam ser ajudadas a obter e recuperar a responsabilidade, nos limites de suas capacidades existentes. Assim, tanto a auto-ajuda quanto à ajuda a outros são valorizadas pela sociedade como atividades desejadas. A enfermagem, como um tipo específico de serviço humano, baseia-se em ambos os valores. Na maioria das comunidades, as pessoas encaram a enfermagem como um serviço desejado e necessário.

Orem, citada por Foster & Janssens (2000), posteriormente define a enfermagem como um serviço humano, um modo de auxiliar homens, mulheres e crianças. Orem relata vários fatores relacionados ao conceito de enfermagem. Eles são a arte e a prudência da enfermagem, a enfermagem como serviço, a teoria dos papéis, relacionada à enfermagem e as tecnologias em enfermagem (FOSTER & JANSSENS, 2000).

Como arte, a enfermagem consiste “na habilidade em assistir outros no planejamento, provisão e gerência dos sistemas de autocuidado para desenvolver ou manter o funcionamento humano num certo nível de efetividade (SANTOS, 1991, p.114)”.

Segundo Orem, citada por Foster & Janssens (2000), a arte da enfermagem abrange a realização de uma determinação global das razões, pelas quais as pessoas podem ser ajudadas pela enfermagem. Essas decisões exigem uma base teórica nas disciplinas de enfermagem, nas ciências, artes e humanidades. Essa base direciona decisões, ao estruturar sistemas de saúde no âmbito do processo de enfermagem.

Como serviço, a enfermagem refere-se à maneira de ajudar os seres humanos através da realização de ações selecionadas pela enfermeira, para ajudar indivíduos e grupos sob seus cuidados a manter ou mudar as condições em si mesmos ou em seus meio-ambientes (SANTOS, 1991, p.114)

Santos (1991, p.114) cita que, como tecnologia, a “enfermagem consiste nas informações referentes ao processo de enfermagem ou outros métodos para a elaboração dos resultados desejados através da assistência, seja ela com ou sem o uso de materiais e/ou instrumentos”.

A arte da enfermagem, com relação às mulheres que vivenciam o climatério, refere-se à atuação da enfermagem, ajudando estas mulheres individualmente ou em grupo a manter ou mudar as condições em si mesmas ou em seus meio-ambientes, assistindo estes seres humanos a planejar, prover e gerenciar seus sistemas de autocuidado, para alcançar suas potencialidades máximas de vida, sustentando-as.

A enfermagem é considerada um serviço humano, que neste caso auxilia as mulheres a vivenciarem o climatério de forma mais tranqüila, segura e prazerosa, estimulando suas capacidades e potencialidades de autocuidado, para que se tornem protagonistas do processo. Por sua forma de abordagem, considerando as mulheres climatéricas como seres humanos únicos e capazes, a enfermagem as ajuda no desenvolvimento de ações, fortalecendo-as para o exercício do autocuidado.

A tecnologia em enfermagem na assistência a mulher na fase do climatério está relacionada, ao conjunto de informações sistematizadas e técnicas realizadas com o auxílio ou não de instrumentos direcionadas a cuidar, para que estas consigam prover e manter o autocuidado efetivo.

Assim, a atuação da enfermeira passa a ser uma exigência com relação à mulher que vivencia o climatério, quando esta se encontra incapacitada ou limitada para promover o autocuidado contínuo e eficaz.

A enfermagem é também um serviço de ajuda, que age guiando estas mulheres, apoiando-as, proporcionando um ambiente que promova o desenvolvimento pessoal e, especialmente, orientando-as e trocando conhecimentos e experiências com estas pessoas de características individualizadas.

3.5.4 Meio Ambiente / Sociedade

O ser humano e o meio ambiente estão intimamente ligados formando um sistema integrado relacionado ao autocuidado. Dentro desta Teoria, meio ambiente e ser humano são identificados como uma unidade caracterizada por trocas humanas ambientais e pelo impacto que uma exerce sobre a outra. As alterações ou influências em qualquer um dos componentes do sistema (ser humano/meio ambiente), podem afetar o funcionamento do indivíduo no desempenho das atividades de autocuidado. O meio ambiente é controlado pelo ser humano através da utilização de tecnologias, a fim de satisfazer suas necessidades. Cabe ao ser humano, portanto, escolher o curso de ação que ele julga ser benéfico para o seu próprio funcionamento e promover a integração com o meio ambiente (OREM apud SANTOS, 1991, p.100).

Ainda segundo Santos (1991), o conceito de meio ambiente proposto por Orem em separado, tem sido considerado como relativamente insignificante. Portanto, Orem conceitua sociedade como “As sociedades especificam as condições que as fazem legítimas para que seus membros procurem vários serviços humanos necessários às atividades de autocuidado”. (SANTOS, 1991, p.102).

Assim, a mulher que vivencia o climatério e o meio ambiente em que vive estão, conseqüentemente, intimamente interligados, e funcionam como uma unidade dinâmica onde ocorrem trocas e influências importantes de um componente do sistema sobre o outro, podendo alterar as ações de autocuidado. Todo ser humano controla o meio ambiente através da utilização de tecnologias para satisfazer suas necessidades, e assim, pode ter ações benéficas para si e viver de maneira integrada com o meio ambiente.

O meio ambiente/sociedade relacionado especificamente à mulher que vivencia o climatério, é o conjunto de elementos que constituem o meio físico, geográfico e o contexto sócio-cultural onde esta mulher está inserida. O meio ambiente físico que a mulher no período

do climatério ocupa são: seu domicílio, o domicílio de amigos e parentes, o Centro de Saúde ou Hospital, o local de trabalho, de lazer etc. O contexto sócio-cultural desta mulher inclui a sociedade em que vive, a política e economia vigentes, sua cultura, religião, suas relações interpessoais (relações sociais com amigos, família, comunidade e profissionais de saúde) etc.

É de fundamental importância à enfermeira e aos profissionais da área da saúde terem conhecimento do meio ambiente/sociedade, no qual esta mulher que vivencia o climatério está inserida, pois os costumes, crenças, valores, formas de comportamento e até a área física onde ocorrem suas relações interpessoais, representam fatores que influenciarão nas ações de autocuidado deste ser humano. Desta forma, o profissional de saúde (neste caso a enfermeira), poderá realizar um planejamento diferenciado para a assistência a esta mulher individualmente.

Como atuamos neste estudo, principalmente no Centro de Saúde que abrange a comunidade do Saco Grande, foi essencial a compreensão do meio ambiente/sociedade que as mulheres estão inseridas. Ratificamos que a população desta região é de baixo poder aquisitivo, enfrentando diversos problemas de Saúde Pública e necessitando de vários cuidados de saúde.

3.5.5 Autocuidado

Autocuidado é a prática de ações que os indivíduos iniciam e executam por si mesmos para manter a vida, a saúde e o bem-estar. Consiste no cuidado desempenhado pela própria pessoa para si mesma quando ela atinge o estado de maturidade que a torna capaz de realizar uma ação propositada consistente, controlada e eficaz (OREM apud SANTOS, 1991, p.103)

A autora supracitada, ainda refere que segundo Orem, o autocuidado é um empenho humano, um comportamento aprendido que possui características de ação deliberada, e é produzida conforme seu próprio funcionamento e desenvolvimento interno, influenciando fatores internos e externos.

Segundo Orem, citada por Santos (1991), os propósitos a serem alcançados através de ações denominadas autocuidado, são designados de requisitos de autocuidado. Os três tipos de requisitos de autocuidado são definidos por Orem, como os requisitos de autocuidado universais, relativos ao desenvolvimento e relativos aos desvios de saúde.

Os requisitos de autocuidado universais são comuns a todos os seres humanos durante os estágios do ciclo vital, e são ajustados à idade, estado de desenvolvimento, fatores ambientais, entre outros.

Os requisitos de autocuidado relativos ao desenvolvimento dos indivíduos estão associados com processos desenvolvimentais humanos, e com condições e eventos que ocorram durante vários estágios do ciclo vital (gestação, nascimento de um filho, etc.), além de eventos que possam afetar adversamente o desenvolvimento.

Os requisitos de autocuidado relativos aos desvios de saúde estão associados com defeitos genéticos, constitucionais e desvios estruturais e funcionais humanos, com seus efeitos e com medidas de diagnóstico e tratamento médico.

Neste trabalho, o autocuidado refere-se à prática de ações, que as mulheres climatéricas são capazes de executar, de maneira responsável e eficaz, para manter suas próprias vidas com saúde.

Para tanto, durante a realização da prática assistencial evidenciou-se a necessidade das mulheres obterem informações sobre esta fase, através das consultas de enfermagem e oficinas sobre climatério e, que fossem sensibilizadas para a realização do autocuidado, promovendo melhor qualidade de vida, e evitando complicações nesta fase que estão vivenciando.

Porém, a enfermeira deve lembrar que a história de vida destas mulheres, a idade, a estrutura física, habilidades psicomotoras, estado de saúde, fatores sócio-econômico-culturais, as crenças e os hábitos, poderão influenciar nas decisões e ações para o autocuidado no climatério.

A mulher no período do climatério deve realizar e receber dos profissionais, principalmente, cuidados de promoção à saúde e prevenção de doenças, tais como participação em atividades educativas, realização de consultas ginecológicas periódicas, praticar exercícios físicos, ter uma dieta equilibrada etc., pois estes são considerados requisitos universais de autocuidado, prevenindo riscos à vida humana, favorecendo o desenvolvimento e o bem-estar humano.

A promoção de ações realizada pela enfermeira, que favoreçam o desenvolvimento da mulher climatérica, deve considerar os déficits de autocuidado, o potencial, limitações e desejos das mulheres para alcançarem a prática do autocuidado. Assim, os requisitos desenvolvimentais de autocuidado das mulheres que vivenciam o climatério, derivam de uma

nova condição nesta fase da vida, necessitando, portanto de aprendizado e adaptações, como, por exemplo, a participação em grupos específicos sobre o tema.

Porém, a mulher no climatério pode apresentar desvio de saúde e, necessitar de tratamento de doença e/ou de prevenção de complicações relacionadas a alguma modificação mais grave no organismo determinada por esta fase da vida, como a predisposição à ocorrência de osteoporose, doenças cardiovasculares, depressão, sintomatologia característica a esta etapa, etc.

3.6 Processo de Enfermagem Segundo Orem

O processo de enfermagem na concepção de Orem, citada por Santos (1991, p.125), consiste essencialmente em:

Determinar porquê a pessoa precisa da enfermagem, projetar um sistema de assistência específica de enfermagem, prover e controlar a assistência de enfermagem [...].

A estrutura do processo de enfermagem para Orem apud Santos (1991), apresenta diferentes fases e etapas.

O planejamento de enfermagem (ou algum detalhe do mesmo) é o ponto de partida para a fase prática do processo de enfermagem no qual o cliente é assistido em termos de autocuidado, de modo a alcançar resultados identificados e descritos como saúde ou relacionamentos com a mesma (SANTOS, 1991).

Em grandes linhas, o processo de enfermagem para Orem, citada por Santos (1991), é sustentado pela base teórica de que as ações a serem realizadas devem:

- Estar em consonância com objetivos desejados;
- Considerar os fatores ambientais, tecnológicos e humanos para a obtenção destes objetivos;
- Ser desempenhada de acordo com o planejamento, fazendo ajustes e revisões no planejamento, a medida que as condições se alterem;
- Ser controladas para verificar se os objetivos estão ou não sendo alcançados.

3.6.1 Etapas do Processo de Enfermagem

A estrutura do processo de enfermagem de acordo com Orem, citada por Santos (1991), contém diferentes etapas sendo que as mesmas compreendem duas fases: uma primeira denominada **fase intelectual**, e a segunda, denominada **fase prática**.

A estrutura do processo de enfermagem de Orem apud Santos (1991), com suas diferentes fases e etapas podem ser representadas pelo esquema na figura a seguir:

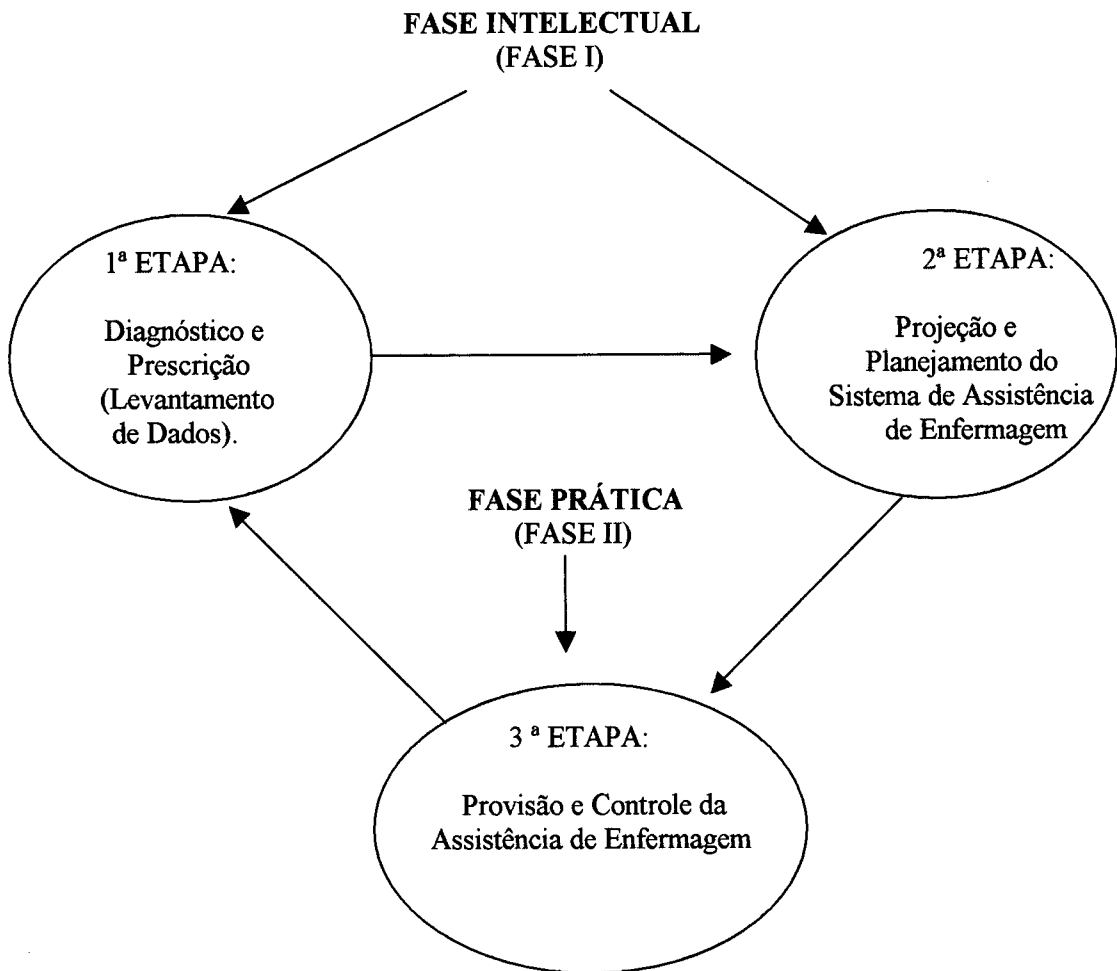


Figura 2: Representação esquemática da estrutura do processo de enfermagem baseado em Orem apud Santos (1991, p.127).

3.6.1.1 Fase Intelectual (Fase I)

Segundo Orem apud Santos (1991), a fase intelectual consiste:

- em primeiro lugar, na determinação inicial e contínua, de porque uma pessoa deve estar sob os cuidados de enfermagem, considerando sua história e estilo de vida;
- em segundo lugar, na determinação de como esta pessoa pode ser ajudada pela enfermagem, através da projeção de um sistema de enfermagem, que efetivamente contribua para a obtenção de objetivos de saúde pelo indivíduo, através do autocuidado terapêutico;
- em terceiro lugar, está o planejamento da assistência de enfermagem, de acordo com o sistema projetado, incluindo especificações de papéis (do indivíduo e da enfermagem), recursos, coordenação de atividades pela enfermeira, indivíduos ou outros.

1ª Etapa – Diagnóstico e Prescrição

A primeira etapa do processo de enfermagem está constituída de operações de diagnóstico e prescrição. O diagnóstico implica em uma operação investigativa que permite às enfermeiras fazerem avaliações e julgamentos quanto a situação existente em relação ao cuidado à saúde e tomar decisões sobre o que pode e o que deve ser feito (OREM apud SANTOS, 1991).

2ª Etapa – Projeção e Planejamento do Sistema de Assistência de Enfermagem

A segunda etapa do processo de enfermagem, segundo Orem apud Santos (1991), envolve a projeção e o planejamento de sistema de enfermagem. Consiste em um processo de seleção de alternativas válidas para a implementação da assistência de enfermagem a um cliente, tão logo seus requisitos e limitações de autocuidado sejam identificados e descritos.

Para Orem, citada por Santos (1991), a projeção dos sistemas de enfermagem é feita com os seguintes propósitos:

- Criar um sistema de relacionamento entre os componentes da demanda terapêutica do autocuidado do cliente, que irão resultar em uma boa regulação da condição de saúde e de desenvolvimento do mesmo;
- Especificar o momento e a quantidade do contato entre enfermeira-cliente e as razões para tal contato;

- Identificar as contribuições da enfermeira e do cliente, em satisfazer a demanda terapêutica do autocuidado, em fazer ajustes a esta demanda terapêutica e regular o exercício ou o desenvolvimento da competência de autocuidado.

3.6.1.2 Fase Prática (Fase II)

A segunda fase do processo de enfermagem de Orem, citada por Santos (1991), denominada **fase prática**, inclui a iniciação, a condução e o controle das ações de assistência, visando:

- Compensar as limitações de autocuidado do cliente, assegurando que o autocuidado fornecido seja terapêutico, e dar início a adaptação comportamental do cliente, diante das limitações existentes;
- Superar quando possível, as limitações de autocuidado do cliente, de modo que no futuro, a curto ou a longo prazo, as ações de autocuidado terapêutico sejam efetivas;
- Estimular e proteger as habilidades de autocuidado do cliente e prevenir o desenvolvimento de novas limitações de autocuidado.

3ª Etapa – Provisão e Controle da Assistência de Enfermagem

A terceira etapa do processo envolve a iniciação, a assistência e o controle do cuidado de enfermagem, baseado no sistema de assistência projetado e nos detalhes do plano de cuidados.

Segundo Orem apud Santos (1991), esta etapa é denominada de produção de cuidado, para regular demandas terapêuticas de autocuidado e competência para o mesmo. Para a teorista, sistemas regulatórios de enfermagem são produzidos quando a enfermeira interage com os clientes e age constantemente para satisfazer as demandas terapêuticas de autocuidado destes clientes para regular o exercício ou desenvolvimento de suas capacidades para engajarem no autocuidado.

4 METODOLOGIA

4.1 Contextualização do Local de Estágio

Para implementação do Projeto Assistencial com mulheres que vivenciam o climatério, optou-se pelo Centro de Saúde Saco Grande em Florianópolis, Santa Catarina.

Segundo Minuzzi et al. (2004), o bairro Saco Grande está situado na região centro-oeste da Ilha de Santa Catarina, apresentando-se com cenário de montanhas e vales. Adotando o referencial da rodovia SC/401, na sua direção centro-oeste, em sua margem esquerda e o mangue que apresenta a conformação de um saco, dando assim origem ao nome do lugar. Compreende uma área que se estende desde o Cantagallo, nas proximidades do Jornal “O Estado”, até a Cidade das Abelhas no final da Rodovia Virgílio Várzea, incluindo os loteamentos Monte Verde, Parque da Figueira, Projeto Bom Abrigo, estendendo-se, atualmente, até o Cacupé.

A ocupação do Saco Grande ocorreu em função da fertilidade do solo encontrado na Ilha, o que propiciou o surgimento de propriedades agrícolas típicas do processo de colonização de Florianópolis que foi colonizado por imigrantes açorianos e espanhóis. Atualmente, a população que compõe o bairro é composta por descendentes dos remanescentes minifundiários de ocupação açoriana e por famílias oriundas do processo migratório do interior do Estado de Santa Catarina, Rio Grande do Sul e Paraná (SOUZA apud MINUZZI et al., 2004).

Ocorreu uma exploração desenfreada da natureza, bem como a ocupação de áreas impróprias para moradia, determinando o surgimento de favelas e loteamentos em áreas de risco, irregulares e às vezes clandestinas.

As construções de casas nas encostas dos morros são muito comuns, devido ao crescimento desordenado da população. Além do processo migratório, outro fator que contribuiu para o crescimento populacional foi à criação de projetos do Sistema Financeiro de Habitação do governo federal, denominados Conjunto Habitacional do Monte Verde e Residencial Parque da Figueira, caracterizados por habitações de metragem e infra-estrutura padrão, segundo as concepções do sistema de habitação governamental. No bairro foi inaugurado o projeto Bom Abrigo da Prefeitura Municipal de Florianópolis, que teve como

resultado a Vila Cachoeira. Estes projetos abrigam em sua maioria antigos moradores de favelas (MINUZZI et al., 2004).

Os mesmos autores supracitados referem que a ocupação das encostas no bairro Saco Grande está relacionada com o seu significado manancial aquífero, que determina, a concentração do contingente migratório em diversos locais distintos do bairro, onde água é relativamente de fácil acesso. Isso pode ser exemplificado pelos agrupamentos de moradores dos morros denominados de Atanásio, Balão, Barreira do Jango, Monte Verde e da Cruz.

A região norte da Ilha, devido suas características propícias a atividades de lazer e balneário foi a primeira que se desenvolveu. O incentivo ao turismo exigiu maiores investimentos de infra-estrutura, principalmente na via de acesso às praias, originando a rodovia SC/ 401. Uma das conseqüências da mudança do trajeto ao interior da ilha foi à drenagem e aterro de parte do mangue do Saco Grande, com divisão geográfica do bairro em duas regiões distintas: Saco Grande I (atual João Paulo) e Saco Grande (MINUZZI et al., 2004).

De acordo com Minuzzi et al. (2004), em relação à organização social, a população conta com as seguintes entidades:

APROCOM – Associação Pró-Comunidade Monte Verde

APROCRUZ – Associação Pró-Comunidade da Cruz

CCMV – Centro Comunitário Monte Verde

AMPAF – Associação dos Moradores do Parque da Figueira

AMSOL – Associação dos Moradores do Sol Nascente

COMOSG – Conselho Comunitário do Saco Grande II

ACOLJOGOC – Associação Comunitária do Loteamento João Gonzaga da Costa.

ESCOLAS – Escola Básica Laura Lima e Escola Básica Donícia Maria da Costa

CRECHES – Creche Municipal Orlandina Cordeiro, centro de Convivência Infantil Luiz Cipriani, Creche Clara de Assis, Creche Vila Cachoeira, Jardim de Infância Arte e Criação, Jardim de Infância Judite Fernando de Lima

IGREJAS – Universal do Reino de Deus, Evangélica Pentecostal Assembléia de Deus, do Evangelho Quadrangular, Salão do Reino da Testemunhas de Jeová, Católica São Francisco Xavier

ACIC – Associação Catarinense de Integração do Cego

Sede Social Vila Cachoeira

Cidade das Abelhas – EPAGRI.

Centro de Saúde do Saco Grande

O Centro de Saúde (CS) do Saco Grande é um dos mais de 40 Centros de Saúde do município de Florianópolis que prestam assistência na rede básica de saúde. Está localizado no bairro Saco Grande, rua Virgílio Várzea, número 815, esquina com a servidão Manoel Amaro. A nova estrutura do Centro de Saúde do Saco Grande foi inaugurada em 20 de março de 2002. O horário de funcionamento é das 07:30 às 12:45 horas, e das 13:00 às 18:30 horas, de segunda a sexta-feira.

A estrutura física do CS compreende o subsolo, o piso térreo e o piso superior. O subsolo contempla salas de depósitos de materiais, sala de reuniões, área de serviço e garagem ampla. No térreo encontra-se a recepção, 2 salas de triagem, consultório odontológico, sala para coleta de exames, 2 salas de curativos, sala para nebulização, fraldário, farmácia, sala de vacinação, sala para realização do teste do pezinho e injeções, central de marcação de consultas, sala de esterilização, expurgo, 2 salas de procedimentos de enfermagem/consultas, 2 consultórios pediátricos, salas para consultas de enfermagem, medicina e nutrição, sanitários e 3 salas de espera com televisões e bebedouros. O piso superior (1º andar) está subdividido em auditório, coordenadoria administrativa e sala de reuniões, almoxarifado, copa e sanitários para uso dos funcionários. O acesso aos andares pode ser feito por escadas ou elevador.

O CS do Saco Grande tem como filosofia a prevenção, promoção da saúde e fortalecimento do vínculo do sistema com a comunidade. Esta filosofia está em consonância com as metas estabelecidas pelo Programa de Saúde da Família (PSF), que visam à assistência e educação fora do âmbito do CS.

A clientela atendida é essencialmente da comunidade pertencente à área de abrangência do CS, que é dividida em 3 áreas (330, 331 e 332), compreendendo os bairros do Saco Grande e Monte Verde. Cada região é acompanhada por 1 equipe de PSF, com 1 médico, 1 enfermeiro, 2 auxiliares de enfermagem e 10 agentes comunitários de saúde correspondentes a cada microrregião.

Em casos de urgência, o CS atende a qualquer usuário, independente de seu local de moradia. Quando necessário, os casos são encaminhados às Policlínicas e ao Hospital Universitário ou Hospital Infantil.

As consultas são agendadas diariamente. Os idosos, gestantes e crianças até 5 anos, 11 meses e 29 dias recebem prioridade no atendimento. Os documentos necessários para o cadastramento dos clientes são: documento do SUS, carteira de identidade e comprovante de residência.

Atualmente o Centro de Saúde está informatizado, sendo que o uso da RAAI (Relatório de Atendimento Ambulatorial Individual) em impresso não é mais utilizado. Os agendamentos de consultas, prontuários e procedimentos realizados no CS são efetuados no sistema informatizado.

O quadro funcional do CS é constituído por: 03 enfermeiros, 07 médicos, 11 técnicos em enfermagem, 03 odontólogos, 01 fonoaudióloga, 04 auxiliares de serviços gerais, 04 auxiliares administrativos, nutricionista (Residente), farmacêuticos (Residente e Supervisor de estágio), psicóloga (Residente). Além disso, há a presença dos estagiários e professores dos cursos de graduação da UFSC em enfermagem, medicina, nutrição, farmácia, odontologia e serviço social.

A comunicação do CS com as demais instâncias do setor saúde se dá via malote ou por intermédio do supervisor, da região norte localizada na Secretaria de Saúde.

O Centro de Saúde do Saco Grande operacionaliza sete programas: o Capital Criança, o Sistema de Vigilância Alimentar Nutricional (SISVAN), o de Planejamento Familiar, preventivo de Câncer Cérvico-uterino, Pré-Natal, Programa de Saúde da Família (PSF), Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e Programa Docente Assistencial (PDA).

A coordenação e a responsabilidade técnico-administrativa de um CS é exercida por profissional efetivo e com nível superior, podendo ser este, enfermeiro, médico ou dentista. Atualmente, no CS do Saco Grande, essa função é exercida pela técnica de enfermagem, com formação superior em direito, Claudirene.

Além dos programas supracitados, são realizados mensalmente, trabalhos em grupo com a comunidade, como o grupo de hipertensos, de pessoas com diabetes, de gestantes.

Dentre as atividades desenvolvidas no CS, incluem-se, consultas médicas, consultas com enfermeiro(a), nutricionista, odontologia e fonoaudiologia; atividades educativas na creche da comunidade, visitas domiciliares e acolhimento.

Os agentes comunitários de saúde detectam necessidades na comunidade, e a partir desta a ação é agendada uma visita domiciliar a este indivíduo e/ou família, realizada por um profissional da equipe multidisciplinar.

4.2 População Alvo

A população alvo deste estudo foram as mulheres que vivenciam o climatério, na faixa etária de 35 anos ou mais de idade, usuárias dos serviços do Centro de Saúde do Saco Grande, e que tiveram interesse em serem atendidas em consultas de enfermagem e/ou participaram das oficinas sobre o climatério, que foram desenvolvidas pelas acadêmicas neste local.

Segundo dados do IBGE de 2000, se considerarmos que a faixa etária da mulher que está na fase do climatério corresponde dos 35 aos 65 anos de idade, existem aproximadamente 1643 mulheres vivenciando o climatério no bairro do Saco Grande. Portanto, há um número expressivo de mulheres que necessitam de atendimento especializado no climatério nesta comunidade.

4.3 Plano de Ação

Objetivo específico 1 - Proporcionar a integração das acadêmicas com a equipe multiprofissional do Centro de Saúde do Saco Grande, para executar as ações relacionadas à saúde da mulher na fase do climatério.

Estratégias:

- Apresentar-se a equipe do Centro de Saúde, expor os objetivos do trabalho, e trocar conhecimentos e experiências sobre as mulheres que vivenciam o climatério.
- Participar das ações desenvolvidas no Centro de Saúde do Saco Grande, que envolvam a saúde da mulher no climatério.

Avaliação:

O objetivo será alcançado, se as acadêmicas participarem de maneira integrada com a equipe de saúde, em atividades desenvolvidas no campo de estágio, referentes à saúde da mulher que vivencia o climatério.

Objetivo específico 2 – Divulgar o trabalho a ser realizado no Centro de Saúde do Saco Grande, voltado para a saúde da mulher climatérica, por meio das consultas de enfermagem e oficinas sobre o tema, conduzidos pelas acadêmicas.

Estratégias:

- Sensibilizar os profissionais do Centro de Saúde, a respeito do trabalho a ser realizado neste local, sobre o climatério e a importância deste.
- Divulgar a abertura da agenda para marcação de consulta de enfermagem, utilizando cartazes fixados no Centro de Saúde e área de abrangência, para mulheres com 35 anos ou mais, que desejarem realizar o exame preventivo de câncer cérvico-uterino e de mamas e obterem informações sobre o climatério com as acadêmicas.
- Divulgar as oficinas a serem realizadas sobre a saúde da mulher no climatério, por meio de cartazes, panfletos distribuídos na sala de espera, nas consultas de enfermagem e durante a entrega do exame preventivo.

Avaliação:

O objetivo será alcançado quando as acadêmicas divulgarem as atividades propostas.

Objetivo específico 3 - Realizar consultas de enfermagem às mulheres na fase do climatério, no Centro de Saúde do Saco Grande, detectando os déficits de autocuidado com relação a esta fase.

Estratégias:

- Expor às mulheres durante as consultas, de forma sucinta, o trabalho e o referencial teórico adotado.
- Realizar exame preventivo de câncer cérvico-uterino e de mamas, nas primeiras semanas de estágio, a mulheres com 35 anos de idade ou mais, que estiverem agendadas, enfocando o climatério.

- Utilizar o momento da consulta de enfermagem para divulgar e convidar estas mulheres a participarem das oficinas sobre climatério, com o intuito de formar grupo específico para discussão sobre este tema.
- Expor às mulheres atendidas nas consultas, sobre a possibilidade de agendamento de retorno, para a realização de consultas de enfermagem com abordagem específica sobre climatério.
- Orientar as mulheres atendidas quanto aos cuidados para vivência da fase climatérica de melhor qualidade, seguindo os pressupostos de Orem.

Avaliação:

O objetivo será alcançado se as acadêmicas:

- expuserem de forma sucinta o trabalho e o referencial teórico, às mulheres atendidas nas consultas.
- sensibilizarem as mulheres sobre o trabalho que estão realizando, através das consultas de enfermagem e oficinas para discussão e vivência sobre o climatério.
- orientarem as mulheres atendidas, dando ênfase ao autocuidado para a fase do climatério.

Objetivo específico 4 – Propor, aplicar e avaliar o processo de assistência de enfermagem, fundamentado na Teoria do Autocuidado de Dorothea Orem, às mulheres climatéricas que forem atendidas nas consultas de enfermagem.

Estratégias:

- Utilizar o momento das consultas de enfermagem, para selecionar duas mulheres na fase do climatério que forem atendidas nas mesmas, com o intuito de aplicar e desenvolver integralmente o processo de enfermagem.
- Seguir os conceitos e pressupostos de Orem, além de utilizar algumas etapas do processo de enfermagem baseado na teorista, às demais mulheres climatéricas que participarem das consultas.

Avaliação:

O objetivo será alcançado:

- quando forem aplicados integralmente, dois processos de enfermagem baseados em Orem, às mulheres atendidas nas consultas de enfermagem.

- se as acadêmicas utilizarem algumas etapas do processo de enfermagem, conceitos e pressupostos da Teoria do Autocuidado de Orem, às mulheres atendidas nas consultas.

Objetivo específico 5 - Identificar o perfil das mulheres que estão na fase do climatério, atendidas nas consultas de enfermagem e temas de interesse, a serem abordados nas oficinas sobre climatério.

Estratégias:

- Realizar as consultas de enfermagem às mulheres climatéricas.
- Aplicar o questionário, elaborado pelas acadêmicas, às mulheres que participarem das consultas, coletando informações para definir o perfil destas mulheres.
- Identificar os temas de interesse relacionados ao climatério para serem abordados nas oficinas.

Avaliação:

O objetivo será considerado alcançado se:

- as acadêmicas realizarem consultas de enfermagem e aplicarem questionário as mulheres climatéricas atendidas.
- identificarem o perfil das mulheres climatéricas que participarem das consultas.
- identificarem os fatores que influenciam a qualidade de vida destas mulheres, suas principais queixas, dúvidas, dificuldades, sintomas, cuidados na fase do climatério.
- Forem determinados os assuntos de interesse das mulheres para a realização das oficinas sobre climatério.

Objetivo específico 6 – Realizar oficinas sobre climatério, abordando os temas de interesse definidos pelas mulheres.

Estratégias:

- Realizar busca de referencial bibliográfico referente aos temas escolhidos.
- Preparar as oficinas.

- Realizar oficinas com as mulheres climatéricas, sobre os temas de interesse definidos por elas, compartilhando conhecimentos sobre saúde e climatério.

Avaliação:

O objetivo será considerado alcançado:

- se o referencial bibliográfico adotado e a preparação das oficinas forem adequados para a realização.
- quando forem desenvolvidas oficinas sobre o climatério, abordando os temas de interesse das mulheres climatéricas e compartilhando conhecimentos sobre saúde e bem-estar na fase que estão vivenciando.
- se as dúvidas das mulheres sobre o climatério forem esclarecidas, potencializando-as para o autocuidado, e melhorando a saúde e a qualidade de vida das mesmas.

Objetivo específico 7 - Ampliar conhecimentos teóricos e práticos, relativos ao climatério, consultas de enfermagem e outros assuntos específicos que se fizerem necessários para prestar assistência, visando a promoção da saúde das mulheres climatéricas.

Estratégias:

- Realizar consultas de enfermagem às mulheres climatéricas.
- Participar de evento científico, relacionado à área de interesse e atuação das acadêmicas
- Proceder revisão bibliográfica específica dos temas abordados durante as atividades relativas ao estágio.
- Interagir com as mulheres atendidas e profissionais do CS.

Avaliação:

O objetivo será considerado alcançado se as acadêmicas:

- realizarem consultas de enfermagem às mulheres climatéricas, para a realização dos exames preventivos de câncer cérvico-uterino e de mama e orientações específicas ao climatério.
- participarem de evento científico relacionado à área de interesse.
- procederem a revisão de literatura que contemple as necessidades para a realização das atividades, e orientações referentes ao estágio.

- Interagirem com os profissionais do CS e mulheres no climatério, trocando conhecimentos e experiências.

5 REVISÃO DA LITERATURA

5.1 Climatério

Segundo a Organização Mundial de Saúde, citada por Pedro et al. (2003) e Bastos (2001), a menopausa é definida como a última menstruação e o climatério como o período de transição entre a fase reprodutiva para a não reprodutiva. O climatério é caracterizado por mudanças endócrinas, devido ao declínio da atividade ovariana; mudanças biológicas em função da diminuição da fertilidade; e mudanças clínicas conseqüentes das alterações do ciclo menstrual e de uma variedade de sintomas.

Porém, somente nas últimas décadas há referências da universalidade dos sintomas climatéricos, apesar deles sofrerem influências de características sócio-demográficas.

A transição climatérica é um fenômeno cultural extremamente variável e a complexidade dos fatores hormonais e psicossocioculturais e o próprio envelhecimento biológico produzem uma grande variabilidade de sintomas como também conseqüências para a saúde a longo prazo (PEDRO, 2003)

O estado menopausal foi definido por Jaszmann, citado por Pedro et al. (2003), em:

- * pré-menopausa - mulheres com ciclos menstruais regulares ou com padrão menstrual similar ao que elas tiveram durante a vida reprodutiva;
- * peri-menopausa - mulheres com ciclos menstruais nos últimos 12 meses, mas com mudança do padrão menstrual quando comparado aos padrões anteriores;
- * pós-menopausa -mulheres em que o último período menstrual ocorreu pelo menos há 12 meses.

Segundo Freitas & Pimenta (2002), com a idade, a mulher sofre depleção dos folículos ovarianos, com conseqüente falência funcional dos ovários, culminando com a interrupção definitiva dos ciclos menstruais, caracterizando a menopausa.

Para as mesmas autoras supracitadas, os ovários produzem dois importantes hormônios: o estrogênio e a progesterona. Os estrogênios constituem um grupo de hormônios essenciais para o desenvolvimento do útero, da mama e de outras importantes transformações associadas com a puberdade, determinando as características femininas de distribuição de gordura e responsáveis pelo processo de reprodução. Os estrogênios também têm efeito sobre o sistema nervoso central, ossos, trato urinário, fígado, coração, etc.

O declínio funcional dos ovários ocorre de forma gradativa, englobando um período de transição, denominado climatério, que se estende dos 35 aos 65 anos. A menopausa ocorre na faixa etária dos 45 aos 55 anos. Embora seja um processo fisiológico, o climatério e a menopausa resultam em profundas modificações no organismo da mulher, determinando, quase sempre, diversos sintomas clínicos, como os vasomotores, além de torná-la susceptível ao aparecimento de doenças como osteoporose, doenças cardiovasculares, atrofia urogenital, depressão, etc. (FREITAS & PIMENTA, 2002).

Para Brasil, citado por Zampieri (2002), aos 40 anos, os ovários começam a perder cada vez mais a resposta ao estímulo pelas gonadotrofinas hipofisárias, o recrutamento e o estímulo de folículos, até a maturidade completa. O número de folículos diminui, a menstruação torna-se irregular e rara, acabando por cessar. Com a insuficiência de progesterona durante as fases iniciais e a falta relativa de estrógeno, à medida que a atividade do folículo cessa completamente, interrompe-se a função menstrual, devido a quantidade insuficiente de estrógeno para estimular a proliferação e o crescimento do endométrio. O ovário torna-se menor e fibrótico, com atrofia do córtex ovariano.

Almeida (2003) e Lobo, citado por Arie et al. (2004), denominaram a "falência ovariana gametogênica", caracterizada por diminuição da secreção de inibina, aumento dos níveis séricos de FSH e diminuição acentuada na fecundidade. Esta entidade ocorre com a função menstrual normal, sem nenhuma deficiência endócrina óbvia e se inicia em torno dos 35 anos de idade, cerca de dez ou mais anos antes do aparecimento das alterações hormonais.

Após os 35 anos de idade os ovários começam a diminuir em peso e volume e contêm menos folículos primordiais e mais folículos atrésicos. Isso é associado com aumento do FSH circulante e diminuição do estradiol e da progesterona, enquanto a concentração de LH não é significativamente alterada. É possível que tais alterações ocorram por diminuição da produção de inibina com a diminuição do número de folículos. Como o número de folículos é ainda mais reduzido, a produção de estrogênios continua a diminuir e se torna insuficiente para induzir o pico do LH necessário para a ovulação. É bem documentado que o número de ciclos anovulatórios aumenta com a idade (ARIE et al, 2004).

O climatério e a menopausa, ainda têm uma imagem negativa, estigmatizada por ilusões mal concebidas, ligando essa fase a preconceitos de degradação do restante da existência, ocasionando angústia, ansiedade e depressão.

Almeida (2003, p.5) destaca,

que 20 a 25% das mulheres atravessam o climatério sem sintomas, hormonalmente equilibradas e adaptadas aos seus níveis estrogênicos endógenos basais, provenientes da conversão da androstenediona e testosterona, produzidas pela supra-renal e pelo estroma ovariano, em estrona e estradiol, transformações essas que ocorrem periféricamente, no tecido gorduroso, no fígado e nos músculos.

Porém, os sintomas associados ao período de climatério já estão bem documentados em outros países e, atingem cerca de 60 a 80% das mulheres, sendo que estes podem ocorrer mesmo antes da parada fisiológica dos ciclos menstruais (SPEROFF et al. apud PEDRO et al., 2003).

Botell et al. (1999), refere que dentro da sintomatologia apresentada pela mulher na fase do climatério e menopausa, é freqüente a ansiedade, a falta de comunicação e compreensão, que influem na dinâmica familiar e conjugal. Muitas vezes existe o temor da perda do companheiro, o que prejudica a auto-estima e a satisfação pessoal das mulheres climatéricas. Frequentemente estas mulheres evitam as relações sexuais, ocorre a diminuição do desejo sexual e insatisfação, entre outros aspectos da sexualidade. Estas alterações são resultado de diversos fatores que vão desde as alterações neuroendócrinas desta etapa, até os costumes, os critérios e o que foi aprendido através de sua família e da sociedade.

5.1.1 Aspectos Psicossociais

Durante o climatério há uma diminuição da satisfação pessoal das mulheres, com sentimentos de invalidez e desvalorização no contexto familiar e até laboral. Nesta etapa pode ocorrer o que se chama de “ninho vazio”. Tal síndrome, que não decorre do climatério, mas de questões sociais ligadas ao aumento da idade, pode influenciar este período, e se caracteriza quando a mulher sente que o lar está solitário, que seus filhos cresceram e fizeram vida independente e ela sente que perdeu seu papel de protagonista social; quer dizer, que

existem muitos prejuízos. Muitas vezes se sentem sozinhas e mostram desinteresse pelo futuro (BOTELL, 2001).

Para Bastos (2001), é comum neste momento da vida, a mulher sentir-se mais solitária: são os filhos que saem de casa, pessoas queridas que partem, algumas vezes uma doença pode se manifestar e, muitas vezes, a insatisfação de não ter investido em si mesma. Resistir a essas mudanças invariavelmente causa sofrimento às mulheres e esse sentimento fragiliza e faz adoecer.

A perspectiva introjetada em cada mulher, referente ao climatério, é mais um elemento de peso para o saldo negativo ou positivo, no enfrentamento dessa fase da vida (ALMEIDA, 2003).

Segundo Jiménez et al., citados por Ayala et al. (2002), recentemente no México, realizou-se alguns estudos sobre a influência das atitudes das mulheres frente o climatério e se encontrou que as mulheres com atitudes negativas com relação a esta fase experimentavam um maior grau de fadiga, irritabilidade, instabilidade emocional e depressão.

Em uma pesquisa realizada por Botell et al. (1999), em um consultório médico, em Cuba no ano de 1997, com mulheres na faixa etária entre 40 e 59 anos, os principais sintomas psíquicos encontrados foram a ansiedade nas mulheres perimenopáusicas com 50,8% e 64,8% nas pós-menopáusicas, e a depressão com 42% e 60,4% respectivamente. As manifestações psíquicas como insegurança, ansiedade, irritabilidade, etc., predominaram nas mulheres pós-menopausadas.

Considera-se que o impacto psicológico do climatério e menopausa está fortemente ligado a fatores pessoais e sociais, e desta maneira, padecem mais de afecções psicológicas, aquelas mulheres provenientes de âmbitos culturais em que o cuidado dos filhos, a fertilidade e o rol feminino são elementos proeminentes (ZÁRATE et al. apud BOTELL et al., 1999).

5.1.2 Aspectos Culturais

Segundo Bastos (2001, p.28),

Quando observamos a menopausa nas diferentes sociedades, algo muito importante chama a nossa atenção. A mulher ocidental sofre muito mais com os sintomas da menopausa do que as asiáticas. Esse fato sugere, que alimentação, hábitos de vida e fatores sócio-culturais influenciam na maneira de percebermos a menopausa.

A mesma autora, continua citando que em povos andinos, as mulheres não apresentam problemas com a saúde durante a menopausa, embora as caucasianas também passem pelas mesmas alterações hormonais. Assim como as japonesas e as tailandesas, as caucasianas não conhecem uma palavra para definir as ondas de calor ou fogachos, simplesmente porque para estas mulheres, esse sintoma não tem importância. Na Tailândia, a menstruação e a menopausa são percebidas como eventos naturais da vida e a palavra menopausa significa “não ter mais bebês”. Desta forma, a menopausa é bem-vinda, já que trás alívio e liberdade para elas.

Para Almeida (2003), nas sociedades ocidentais, onde a beleza, a juventude e a força física são extremamente valorizadas, torna-se alta a prevalência de sintomas climatéricos. Ao contrário dos países orientais, em que as mulheres pós-menopáusicas passam a ter regalias, aumentando seu status, elas predominantemente, não apresentam sintomas climatéricos (Japão, Bali, Etiópia etc.).

No Brasil, o sentimento de perda que as mulheres associam à menopausa é muito grande. Perde-se a capacidade de procriar e isso está ainda muito ligado à sexualidade da mulher brasileira. Na verdade, está diretamente ligado ao assunto da perda da juventude. [...] Nossa cultura é orientada para o que é jovem [...] Inúmeros horrores são atribuídos à velhice, como improdutividade, a perda da sexualidade, a perda do tono existencial [...] (BASTOS, 2001, p.31)

5.1.3 Alterações do climatério

Bossemeyer apud Arie et al. (2004), propõe que o climatério tenha início aos 35 anos e o subdivide em três décadas:

1) fase inicial ou precoce, dos 35 aos 45 anos, que quando sintomática relaciona-se com esteroidogênese anormal, manifestando-se por hemorragia uterina disfuncional e tensão pré-menstrual;

2) fase perimenopausal, dos 45 aos 55 anos, período em que ocorre a menopausa, por volta dos 50 anos, e que pode ser subdividido nas fases pré e pós-menopausal. É nesse período que ocorrem os sintomas mais característicos do climatério, ou seja, os fogachos;

3) fase tardia do climatério, dos 55 aos 65 anos, quando ocorrem as manifestações tardias da deficiência estrogênica, como a osteoporose e a doença cardiovascular, doenças que até então cursavam assintomaticamente.

Assim, segundo Brasil, citado por Zampieri (2002), o climatério apresenta, em razão das modificações hormonais e metabólicas, as alterações, que podem ser classificadas como precoces, de médio prazo e tardias. Além dos fatores fisiológicos, interferem os fatores sócio-culturais, determinados pelo ambiente em que a mulher está inserida, e os fatores psicológicos.

Segundo pesquisa feita por Pedro et al. (2003), em Campinas – SP, no ano de 1997, com mulheres entre 45 e 60 anos de idade, que não utilizavam hormônios para reposição ou anticoncepcional, a sintomatologia associada à síndrome do climatério foi altamente prevalente, sendo que cerca de 96,9% das mulheres experimentaram pelo menos um dos sintomas. Dentre os sintomas vasomotores, os mais prevalentes foram os fogachos, a tontura e a sudorese.

Nesta pesquisa, a inter-relação dos sintomas mostrou que os vasomotores como os fogachos e sudorese, estão intimamente interligados, associando-se também à insônia e foram significativamente mais prevalentes na peri e pós-menopausa. Esses dados coincidem com estudos prévios como o de Hunter apud Pedro et al. (2003), que mostram que os sintomas estão intimamente relacionados ao hipoestrogenismo e, portanto, mais comuns na peri e pós menopausa são os fogachos, a sudorese e a insônia.

5.1.3.1 Alterações Precoces

Para Brasil apud Zampieri (2002), as alterações precoces são determinadas pelos distúrbios neuro-endócrinos, que podem coincidir com a crise de identidade, caracterizada pela perda da auto-estima, insegurança e medo de rejeição.

A mesma autora cita os sintomas mais frequentes nesta fase, que são: as ondas de calor (fogachos), sudorese, cefaléias, tonturas, parestesia e palpitações, depressão, ansiedade, insônia, fadiga, irritabilidade, perda de memória e alterações dos ciclos menstruais.

a) Instabilidade vasomotora

A instabilidade vasomotora é caracterizada pela sudorese noturna e ondas de calor ou hot “flushes”. É apresentada por 85% das mulheres, podendo permanecer por 5 a 10 anos pós-menopausa (ZAMPIERI, 2002).

No estudo realizado por Pedro et al. (2003), em São Paulo, com mulheres entre 45 e 60 anos, os fogachos ocorreram em cerca de 50,5% das mulheres na pré-menopausa.

Fogachos ou calorões são caracterizados pela sensação súbita e transitória de uma onda de calor, que começa nas áreas cefálica e facial com uma sensação de calor, seguida por rubor facial, que pode irradiar-se pelo pescoço e outras partes do corpo. As ondas de calor estão associadas a um aumento de temperatura corporal e ritmo de pulso (9 a 20 batimentos aumentados), aumento do fluxo sanguíneo na mão e na condução cutânea, seguidos por declínio térmico e abundante sudorese na área de distribuição do rubor (ZAMPIERI, 2002).

Para Bastos (2001, p.55),

A maneira de cada mulher sentir o fogacho é bastante variável. Em algumas mulheres ocorre ruborização da parte superior do tronco, pescoço e face; outras apresentam suor e calafrios, ou sentem ansiedade, tontura, palpitações e náuseas antes da onda de calor. Esse desconforto pode durar segundos ou mesmo alguns minutos e podemos percebê-lo a qualquer hora do dia ou da noite.

Segundo Compeland, citado por Zampieri (2002, p.4),

As ondas de calor fornecem um mecanismo de dissipação de calor, através da vasodilatação e sudorese, em resposta aos centros termorreguladores no hipotálamo anterior, ajustando o núcleo térmico do corpo a novo ponto. Os neurotransmissores que podem estar envolvidos na patogenia de ondas de calor incluem a noradrenalina, outras substâncias neuroadrenérgicas e a supressão de opiáceos endógeno. A clonidina, um agonista alfa-adrenérgico, alivia as ondas de calor.

Como fatores precipitantes são apontados: estresse emocional, consumo de álcool, alimentos apimentados, ambientes fechados e quentes, embora na maioria das vezes, não seja possível identificar o desencadeante do sintoma (ALMEIDA, 2003).

b) Falta de sono ou interrupção do mesmo

Segundo Zampieri (2002, p.4), a falta de sono ou a interrupção do mesmo “leva a irritabilidade, ansiedade, nervosismo, fadiga, esquecimento e incapacidade de concentração.

O intervalo de latência do sono aumenta, enquanto que a quantidade do sono, com movimento rápido dos olhos (REM), diminui”.

Conforme a pesquisa de Pedro et al. (2003), realizada em SP, com mulheres climatéricas, a insônia é freqüentemente atribuída às ondas de calor, mas também pode estar associada aos sintomas psicológicos, o que refletiria a sua associação com depressão. No presente estudo, a insônia relacionou-se tanto com os sintomas vasomotores como com os psicológicos, embora tenha sido observada uma associação mais íntima com os sintomas vasomotores, provavelmente decorrente da cascata clássica de sintomas: fogachos e sudorese noturnos gerando a insônia e, em consequência, irritabilidade e fadiga no dia posterior.

c) Depressão

Para Compeland, citado por Zampieri (2002, p.4),

Os níveis hipoestrogênicos, depois da menopausa, fornecem arcabouço bioquímico desencadeante da depressão. Em razão da diminuição de estrógeno, há uma diminuição de triptofano livre no plasma na pós-menopausa, que é um aminoácido envolvido no metabolismo da serotonina. As alterações dos níveis de serotonina no cérebro foram responsabilizadas como mecanismo para o desenvolvimento da depressão endógena.

Associado a isto, estão as alterações no ambiente e as circunstâncias familiares das mulheres menopáusicas (síndrome do ninho vazio), que podem ser importantes mecanismos desencadeadores, agindo sobre um ambiente bioquímico e hormonal cada vez mais sensíveis para desencadear a depressão e alterações de humor (COMPELAND apud ZAMPIERI, 2002).

Quando a mulher busca auxílio para tratar sua depressão, são muitos os fatores que devem ser avaliados. Ela pode estar se sentindo desconfortável com a idéia de que a menopausa representa a passagem para a velhice. A preocupação com as consequências físicas e sociais do envelhecimento e, muitas vezes, o abalo da auto-estima – devido à visão distorcida de uma cultura que valoriza a juventude e a fertilidade – são algumas das condições que favorecem a depressão (BASTOS, 2001, p.153).

Em um estudo realizado por Pedro et al. (2003), em São Paulo, encontrou-se uma prevalência de depressão na pré-menopausa em torno de 55,4%. Os mesmos autores, citam o estudo de Holte, onde a prevalência dos sintomas psicológicos depende mais do processo psicossocial ou do envelhecimento, simultâneos ao processo endócrino.

Para Bastos (2001), a depressão é diferente das sensações ocasionais de tristeza que fazem parte da vida. Para pessoas deprimidas, estas sensações são persistentes, incapacitantes e desproporcionais em relação à causa externa. A depressão é uma doença que afeta os pensamentos, os sentimentos e a saúde. O efeito orgânico, a longo prazo, que acompanha a depressão, aumenta o risco de doenças do coração e osteoporose.

d) Alterações no padrão menstrual

Apenas 10% das mulheres cessam abruptamente de menstruar. As demais, ao entrar no climatério, passam a apresentar alterações em seus ciclos menstruais, que se tornam menores, em função de uma fase folicular mais curta; seguem-se ciclos mais longos, devido à maturação folicular retardada, até que se instala a amenorréia definitiva (ALMEIDA, 2003).

As alterações no padrão menstrual correspondem às modificações nos ciclos menstruais ou a suspensão dos mesmos. A alteração inicial é a polimenorréia, seguindo-se de oligomenorréia (FREITAS et al. apud ZAMPIERI, 2002).

Depois dos 40 anos, os folículos residuais parecem menos sensíveis ao estímulo da gonadotrofina e menos capazes de atingir a maturação. À medida que o número de folículos diminui e aumenta a resistência, cada vez é produzido menos estrógeno nas unidades sobreviventes, ocorrendo um declínio de estradiol. Com o crescente declínio de estradiol, a fase folicular aumenta na tentativa de elevar os níveis de estrógeno, aumenta o FSH e quando não há níveis suficientes para o feedback positivo sobre o LH, ocorre o ciclo anovulatório (FREITAS et al. apud ZAMPIERI, 2002, p.5).

Segundo Freitas et al., citado por Zampieri (2002), os ciclos anovulatórios podem ser entremeados com ciclos ovulatórios e desta forma, pode ocorrer sangramento anovulatório. Pode haver períodos de amenorréia com níveis séricos aumentados de FSH e LH que podem simular a menopausa e depois de alguns meses ocorrerem ciclos ovulatórios normais. Isto se deve em razão do menor número de folículos disponíveis e a ação da glândula hipofisária, que secreta mais LH e FSH para recrutar os folículos remanescentes.

Bastos (2001, p.57), cita que “O período que precede a menopausa geralmente traz o inconveniente das menstruações irregulares. A menstruação pode se apresentar com ciclos curtos ou longos, sangramentos mais intensos ou mais escassos e, às vezes, até hemorragias”.

A autora supracitada reforça, que pelo fato de existirem estas irregularidades menstruais é fundamental a mulher estar informada sobre esta situação e, quais medidas preventivas de gravidez poderá adotar.

e) Labilidade emocional e alterações cognitivas

Compeland, citado por Zampieri (2002), refere que as alterações de humor estão relacionadas às mudanças ambientais e familiares das mulheres menopáusicas, associadas ao ambiente bioquímico e hormonal cada vez mais sensíveis a desencadear estes processos.

De acordo com Facchinett, Genazzani e Shoupes (s/d), citados por Bittencourt e Cruz (2002), existem muitos estudos que levam a crer que o estado hipoestrógeno das mulheres pós-menopáusicas está associado a um baixo tônus opioidérgico, ou seja, há uma diminuição das endorfinas, o que explicaria os quadros de depressão, irritabilidade, “nervosismo” e perda de memória.

Bastos (2001), concorda com Daniel Goleman, autor do best-seller *Inteligência Emocional*, quando fala que as emoções positivas estimulam predominantemente o lado esquerdo do cérebro, através da liberação de dopamina e serotonina. Esses neurotransmissores são responsáveis pela sensação de bem-estar que as pessoas experimentam quando estão felizes e atuam melhorando a saúde, pois combatem a depressão e a ansiedade, além de agirem estimulando o sistema imunológico.

A autora citada acima reforça, que praticar atividades físicas promove a saúde por liberar serotonina e dopamina na corrente sanguínea. Além disso, uma dieta balanceada, rica em carboidratos complexos e fibras, a luz solar e o ácido fólico promovem a produção de serotonina.

No estudo realizado por Pedro et al. (2003), em São Paulo, com mulheres entre 45 e 60 anos, os sintomas psicológicos mais frequentes foram o nervosismo, a cefaléia e irritabilidade.

Outro sintoma importante nesta fase da vida é a ansiedade, que segundo Bastos (2001, p.155), “pode ser considerada como doença quando a preocupação é desproporcional aos fatos, é incontrolável e vem acompanhada de sintomas físicos, como taquicardia, insônia, sudorese, boca seca e náusea”.

5.1.3.2 Alterações de Médio Prazo

Nas alterações de médio prazo são acrescentadas as queixas físicas e objetivas, que se caracterizam por fenômenos atróficos, produzidos pela deficiência de ação hormonal, sendo as mais frequentes: ressecamento, fragilidade e perda da elasticidade da pele, cabelos secos e de fácil queda, boca seca; dispareunia, secura vaginal; polaciúria e/ou urgência, incontinência de esforço, síndrome uretral; mamas reduzidas e mais flácidas; (ZAMPIERI, 2002) além de alterações da resposta sexual e peso corporal.

a) Pele e fâneros

As alterações cutâneas surgem, porque o hipoestrogenismo leva a uma diminuição do número de mitoses e hipotrofia a epiderme; na derme, ele determina a diminuição da atividade dos trofoblastos e diminuição do colágeno. Isto resulta, na redução da espessura e elasticidade da pele e surgimento de rugas em todas as direções (ALMEIDA, 2003). A mesma autora continua, que a redução dos mucopolissacarídeos, determina, também, menor hidratação da pele, que se torna seca.

Segundo Freitas et al., citados por Zampieri (2002), depois da menopausa ocorre redução da espessura cutânea e do teor de colágeno. Como consequência desse adelgaçamento cutâneo, a pele torna-se clinicamente frouxa, mais transparente, apresenta capilares e vasos sanguíneos mais facilmente visíveis e também fica mais susceptível a contusão.

Para Bastos (2001), as características do cabelo podem se modificar durante o climatério. Os cabelos brancos começam a aparecer e podem ficar quebradiços e sem brilho. Além disso, pode haver queda dos cabelos. Almeida (2003) acrescenta, que as unhas também enfraquecem.

b) Atrofia Urogenital

Freitas et al., citados por Zampieri (2002), relaciona a atrofia urogenital com a perda da função ovariana e os níveis de estrógenos diminuídos depois da menopausa, assim a espessura do epitélio vaginal sofre acentuada redução, diminuindo as rugas vaginais, a pele torna-se delgada e lisa.

Vulva e Vagina: ocorre redução dos pêlos pubianos, além de redução da lubrificação pelas glândulas de Bartholin. Os grandes lábios tornam-se menores (FREITAS et al. apud ZAMPIERI, 2002).

Compeland, citado por Zampieri (2002), comenta que as células epiteliais da vagina contêm menos glicogênio e a acidez se altera, ocorrendo um aumento do pH vaginal, tornando-se alcalino. Este fato favorece infecções vaginais, segundo Freitas e Pimenta (2002), pois a flora natural composta por bacilos de Döderlein é substituída por uma flora inespecífica composta por organismos patogênicos, que são encontrados em infecções do trato urinário.

Bastos (2001), confirma o exposto acima e cita que o tecido vaginal é um dos mais sensíveis à ação dos hormônios femininos.

A produção adequada de estrogênio é um dos fatores responsáveis pela elasticidade e lubrificação vaginais. A diminuição desse hormônio pode resultar em ressecamento, menor elasticidade e modificações do pH vaginal. Esses fatores associados podem torna-la mais susceptível às infecções oportunistas, como a candidíase vaginal, infecções urinárias e desconfortos durante a relação sexual (BASTOS, 2001, p.63).

A vagina pode apresentar-se pequena e atrófica, e nos casos de intensa atrofia ou vaginite atrófica, pode haver dispareunia (FREITAS apud ZAMPIERI, 2002).

Bexiga e Uretra: De acordo com Compeland, citado por Zampieri (2002, p.7), “a atrofia é evidente. Os sintomas como disúria, urgência urinária e aumento na frequência urinária, caracterizam a síndrome uretral. Outros achado é a carúncula uretral”.

O menor apoio dos órgãos pélvicos, incluindo a bexiga, pode resultar em prolapso vesical e uretral. Coma atrofia do epitélio vesical, principalmente do trigono, pode ocorrer cistite atrófica, caracterizada pela incontinência urinária. A uretrite senil ou uretrite atrófica secundária é caracterizada pela urgência e frequência urinária, disúria e dor suprapubiana, na ausência de infecção das vias urinárias. Podem ocorrer outros distúrbios urinários, como o esvaziamento incompleto da bexiga, decorrente do envelhecimento e não da diminuição de estrógeno (ZAMPIERI, 2002).

Para Bastos (2001, p.108), “Aproximadamente 20% das mulheres na menopausa apresentam perda involuntária da urina. A diminuição dos hormônios pode modificar o tônus dos tecidos, deixando a mulher mais susceptível à incontinência urinária”.

Verificou-se no estudo realizado por Pedro et al. (2003), em São Paulo, com mulheres entre 45 e 60 anos, que a incontinência urinária é uma queixa frequente em mulheres no período do climatério. Este sintoma ocorre precocemente, visto que um terço das mulheres na pré-menopausa, e aproximadamente metade na peri-menopausa o referiram, ao contrário das

mulheres na pós-menopausa, no qual somente um quarto delas referiram incontinência urinária. De modo geral, observou-se que 27,4% das mulheres na faixa etária estudada apresentavam incontinência urinária de esforço.

Segundo os autores Brown et al. e Brown et al., citados por Guarisi et al. (2001), a incontinência urinária de esforço é a forma mais comum de queixa urinária entre as mulheres, seguida pela urge-incontinência, particularmente no período perimenopausal.

Fatores de risco citados para o desenvolvimento de incontinência urinária de esforço incluem idade avançada, raça branca, obesidade, partos vaginais, deficiência estrogênica, condições associadas a aumento da pressão intra-abdominal, tabagismo, doenças do colágeno, neuropatias e histerectomia prévia (GUARISI et al., 2001).

Nos casos de incontinência urinária por esforço (perda de urina devido a um movimento brusco, correr, andar, espirrar ou tossir), se o escape de urina for leve, há chances de correção com exercícios para reforçar a musculatura da uretra. Em casos mais graves, pode haver a necessidade de cirurgia (BASTOS, 2001, p.109).

A menopausa, período em que ocorre diminuição dos níveis estrogênicos endógenos, também é tida como fator de risco para incontinência urinária. Esse fato é respaldado pela íntima associação embriológica e anatômica entre tratos urinário e genital. Entretanto, estudos epidemiológicos não têm mostrado aumento da prevalência de incontinência urinária no período da menopausa (THOM et al. apud GUARISI et al., 2001).

Útero e Trompas: O colo uterino se apaga, o canal cervical sofre um certo grau de estenose. A junção escamocolumnar (JEC) se torna endocervical. O útero tende a diminuir de tamanho. Nas trompas observa-se a diminuição dos cílios e secreção tubária (ZAMPIERI, 2002).

c) Mamas

As mamas têm o tecido glandular substituído por tecido adiposo e conjuntivo e 60% das mulheres sofrem uma redução das mamas (FREITAS et al. apud ZAMPIERI, 2002).

d) Atividade sexual

Para Compeland, citado por Zampieri (2002), a resposta sexual permanece íntegra, mas devido as alterações neuro-endócrinas e circulatórias relacionadas com a idade em

mulheres menopáusicas, modificam-se o momento e a extensão das fases de estímulo sexual e padrão de resposta. Segundo Freitas et al., citados por Zampieri (2002, p.7),

há uma diminuição da intensidade e duração da resposta sexual, mas a capacidade de manter a vida sexual permanece. O tempo para que haja a lubrificação labial e vaginal aumenta de 15 a 30 segundos para 5 minutos. A excitação e elevação do tecido clitoriano levam mais tempo [...] O número de contrações uterinas com o orgasmo diminui e às vezes são dolorosas [...] O tempo de orgasmo diminui e a resolução é mais rápida.

Segundo Larson et al. apud Pedro et al. (2003), a secura vaginal ocorre mais freqüentemente de quatro a seis anos após a menopausa e está diretamente relacionada ao estado de hipoestrogenismo. Uma lubrificação mais lenta não significa o fim da sexualidade, mas pode significar uma sexualidade diferente, com menos penetração e mais carinhos. “Desgenitalizar” a sexualidade é, no geral, um bom conselho, considerando-se que a penetração é uma entre as várias formas possíveis de exercício da sexualidade (REDE FEMINISTA DE SAÚDE, 2001).

Em uma pesquisa realizada por Bachmann et al., citada por Pedro et al. (2003), aproximadamente 30% das mulheres climatéricas estudadas referiram alteração na sua vida sexual. A queixa principal foi a diminuição do interesse sexual (62%), secura vaginal (55%) e dispareunia (32%). Apesar disso, apenas 30% das mulheres referiram diminuição da freqüência sexual. Os fatores que afetam a expressão sexual são múltiplos e a contribuição relativa da interação entre os determinantes hormonais, psicossociais e do próprio envelhecimento não estão claramente definidos.

Um estudo realizado por Pedro et al. (2003), com mulheres climatéricas, está em concordância com o estudo citado acima, pois verificou-se em relação às queixas sexuais, que a diminuição do interesse sexual foi a mais freqüente, e predominou na peri e pós-menopausa sendo que 66% das mulheres estavam com vida sexual ativa, e a freqüência sexual média era de seis relações sexuais por mês. Das mulheres com vida sexual ativa, cerca de 86% referiam ter relações sexuais orgásmicas.

Segundo Bastos (2001, p.69), “[...] a menopausa não deve simbolizar o término da feminilidade e da sexualidade, como antigamente se acreditava. Hoje, a mulher consciente sabe que o interesse sexual e sua capacidade de sentir prazer nesta fase estão mais maduros”. Bastos (2001) refere ainda, que existem basicamente duas situações mais freqüentes que

servem de cenário para os casos nos quais a vida sexual não é tão plena. A primeira é a ausência de desejo com desinteresse pela relação sexual, e a segunda é a mulher sentir desejo, porém não consegue atingir a fase de excitação e lubrificação que vem antes da descarga energética do orgasmo.

Com relação à sexualidade, em uma pesquisa realizada por Botell et al. (1999), em um consultório médico em Cuba, no ano de 1997, com mulheres na faixa etária entre 40 e 59 anos, predominou o fato de evitar as relações sexuais nas mulheres pós-menopáusicas com 85%, as peri-menopáusicas tiveram 41%. A diminuição do desejo sexual ocorreu para 75% e 60% respectivamente.

e) Peso corporal

Vários estudos revelam que mulheres, a partir do início do climatério (40 anos) apresentam progressivo aumento de peso. De fato, isso foi comprovado pelo First National Health and Nutrition Examination Survey Follow-up Study (WILLIAMSON apud MONTILLA et al., 2003), que analisando 10.000 americanos, com idade entre 25-74 anos durante dez anos, constatou aumento de peso, tanto em homens como em mulheres.

Para Albu et al., citados por Montilla et al. (2003), a partir da terceira década da vida ocorre diminuição do metabolismo basal, assim se esta redução não for acompanhada por queda no valor energético da dieta ou por elevação no dispêndio energético pela atividade física, ocorrerá um desequilíbrio entre consumo e gasto, resultando em sobrepeso e obesidade a médio e longo prazo. Frisa-se que para a OMS (1996) a atividade física é fundamental na prevenção e controle da obesidade.

5.1.3.3 Alterações Tardias

As alterações tardias são resultantes de longa privação do efeito dos esteróides sexuais que conduzem a modificações das lipoproteínas e do metabolismo ósseo mineral. Em consequência, o quadro pode ser acompanhado por doença cardiovascular e osteoporose (ZAMPIERI, 2002).

a) Doença cardiovascular

De acordo com Freitas & Pimenta (2002), estudos epidemiológicos mostram que, nos anos reprodutivos, a incidência de doença cardiovascular (DCV) na mulher é inferior à do homem. Entretanto, com a instalação da menopausa e declínio dos hormônios esteróides, a prevalência de DCV em mulheres aumenta progressivamente, sugerindo um efeito cardioprotetor do estrogênio.

As autoras supracitadas referem, que a partir da sexta década de vida, as taxas de DCV tornam-se semelhantes entre os sexos e, em algumas estatísticas, após os 70 anos, encontramos maior prevalência na mulher.

Para Compeland, citado por Zampieri (2002), a reposição do estrógeno pode aumentar a produção de prostaciclina, um potente vasodilatador e antiagregador de plaquetas, e pode diminuir o tromboxane, que é um vasoconstritor e induz a agregação plaquetária, aumentando desta forma o fluxo sanguíneo. Assim, os efeitos cardioprotetores do estrógeno são mediados principalmente pelo aumento dos níveis de HDL. Além disso, as paredes vasculares têm receptores de estrógenos, onde o estrogênio age diretamente.

Depois da menopausa há um aumento considerável de colesterol sérico, sendo que entre os 55 e 64 anos, as mulheres apresentam nível de colesterol médio superior aos dos homens. Alguns estudos demonstram aumento de triglicerídeos, um aumento significativo de LDL e uma diminuição de HDL, principalmente depois da supressão de estrógeno (COMPELAND apud ZAMPIERI, 2002).

Analisando os fatores de risco implicados na gênese da DCV, sabe-se que são os mesmos para ambos os sexos. Entretanto, as mulheres, além de apresentarem os fatores de risco comuns (dislipidemia, hipertensão arterial, tabagismo, diabetes mellitus, obesidade, sedentarismo e história familiar de DCV), também apresentam aqueles inerentes ao sexo feminino. Assim, a menopausa desponta como o fator de risco de maior impacto na patogênese da doença arterial coronariana na mulher (FREITAS & PIMENTA, 2002).

b) Osteoporose

Segundo Freitas & Pimenta (2002, p.489),

A osteoporose é caracterizada por perda de massa óssea com deterioração da microarquitetura do tecido ósseo, resultando em fragilidade dos ossos e,

conseqüentemente, aumentando o risco de fraturas. É a principal causa de colapso vertebral e a maior causa de fraturas em idosos.

As mesmas autoras supracitadas continuam, que o pico de massa óssea na idade adulta é geneticamente determinada, enquanto, na pós-menopausa, seu controle é hormonal. Sem dúvida a deficiência estrogênica é o mais importante fator de risco para o desenvolvimento da osteoporose.

Para Pereira et al. (2002), a osteoporose é definida como um distúrbio osteometabólico, de origem multifatorial, caracterizado pela diminuição da densidade mineral óssea e deterioração da sua microarquitetura. Pereira et al. (2002), classificam a osteoporose como primária, subdividida em tipos I e II, ou secundária.

- Primária tipo I: Ocorre predominantemente em mulheres, associada a menopausa, por perda acelerada do osso trabecular, podendo ocorrer comumente fraturas vertebrais.

- Primária tipo II: Ocorre tanto em mulheres quanto em homens idosos, compromete ossos cortical e trabecular, havendo ocorrência de fraturas vertebrais e de fêmur.

- Secundária: Podendo ocorrer por endocrinopatias (tireotoxicose, hiperparatireoidismo e hipogonadismo); drogas (glicocorticóides, antiácidos contendo alumínio, hormônio tireoidiano, anticonvulsivantes, ciclosporina A); doenças genéticas (osteogenesis imperfecta); artrite reumatóide; doenças gastrointestinais; transplante de órgãos; imobilização prolongada; mieloma múltiplo; câncer de mama; anemias crônicas; mastocitose; tratamento prolongado com heparina.

A prevalência da osteoporose varia segundo a influência de vários fatores sobre a massa óssea e a facilidade de realizar o diagnóstico. Por ser uma doença assintomática, seu registro se faz, muitas vezes, secundariamente, através de suas complicações, que são as fraturas. Para realizar o diagnóstico precocemente a tecnologia conta com a densitometria óssea, método-não invasivo e de rápida execução (PEREIRA et al., 2002).

Pereira et al. (2002), cita que a dor, a cifose (corcunda), a perda de altura, a restrição dos movimentos respiratórios, a compressão gástrica e a instabilidade postural são conseqüências das fraturas vertebrais. As roupas não caem bem e, o abdome protruso, deterioram a imagem corporal, causando desconforto social, perda da independência e piora da qualidade de vida.

Na menopausa ocorre problema de remodelação óssea, com aumento da reabsorção e aumento na atividade dos osteoclastos, à medida que os osteoblastos deixam de exercer sua função reparadora. Nesta fase, os efeitos positivos dos estrogênios sobre a calcitonina, metabolismo da vitamina D e absorção de cálcio estão diminuídos (FREITAS & PIMENTA, 2002, p.490).

Segundo Pereira et al. (2002), os fatores de risco para a osteoporose podem ser divididos em:

* Fatores maiores: sexo feminino; baixa massa óssea; fratura prévia; idade avançada; história materna de osteoporose; menopausa precoce não-tratada (antes dos 40anos); tratamento com corticóides.

* Fatores menores: amenorréia primária ou secundária; perda de peso após os 25 anos ou baixo índice de massa corpórea (IMC menor 19); tabagismo, alcoolismo, sedentarismo; tratamento com outras drogas que induzem perda de massa óssea (heparina, varfarina, fenobarbital, fenitoína, carbamazepina, lítio e metotrexato); imobilização prolongada; passado de dieta pobre em cálcio; doenças que induzem à perda de massa óssea.

Tratamento da osteoporose com medidas preventivas não-farmacológicas (PEREIRA et al., 2002):

De acordo com Pereira et al. (2002), a prevenção da osteoporose e das fraturas apóia-se num tripé:

- Adequada nutrição;
- Bons hábitos de vida, incluindo exercícios físicos, evitando os hábitos nocivos como alcoolismo e tabagismo;
- Controle do ambiente para prevenção de quedas.

A nutrição pode ter um papel na perda óssea relacionada com a idade. Os principais pilares do osso - cálcio, proteína e fósforo, têm recebido maior atenção. No entanto, o nutriente mais importante é o cálcio. O Conselho Brasileiro de Osteoporose, em 2001, citado por Pereira et al. (2002), recomenda uma ingesta de 1.500 mg de cálcio para mulheres após a menopausa.

Alguns alimentos que contém cálcio como o leite de vaca integral; queijos (parmesão, mussarela, ricota); iogurte; ovo; feijão; sardinha enlatada; verduras (brócolis, espinafre,

couve); frango; batata e macarrão; devem estar presentes, sem exageros na dieta das mulheres a fim de prevenir a osteoporose.

Os exercícios mais benéficos para a estimulação óssea são realizados com carga, como a marcha, e contra a resistência, como a musculação leve. Alguns exercícios específicos visando alongar a musculatura peitoral e fortalecer a musculatura para-vertebral e abdominal dão suporte à coluna e parecem ser benéficos. A atividade física deve ser realizada pelo menos três vezes por semana, em dias alternados, durante 30 minutos, no mínimo. Caminhadas podem ser feitas diariamente, por um período de 40 minutos.

O tabagismo é outro fator de risco para osteoporose, pois diminui a absorção de cálcio. As mulheres fumantes entram na menopausa precocemente, e têm de 10 a 30% menos conteúdo mineral ósseo que as não-fumantes.

Uma adequada exposição solar é necessária para a produção de vitamina D na pele, substância fundamental para absorção de cálcio pelo tubo digestivo.

Os desafios para os profissionais de saúde estão na identificação dos fatores de risco, na educação preventiva dos pacientes e na intervenção pró-ativa ao longo de toda a vida.

5.1.4 Tratamento

O climatério deve ser encarado como um momento decisivo para proporcionar um envelhecimento ativo e saudável. A conduta dos profissionais da área da saúde deve obedecer à priorização de medidas, individualizando a sua conduta de acordo com os sintomas e a história clínica de cada cliente. O sucesso do tratamento depende das informações que são passadas às mulheres climatéricas, orientando-as e esclarecendo suas dúvidas, além do estabelecimento de uma relação profissional-cliente (FREITAS & PIMENTA, 2002).

5.1.4.1 Medidas Gerais

Para Freitas & Pimenta (2002), o primeiro passo no tratamento da menopausa é a instituição de medidas gerais, visando modificar hábitos de vida, controlar os fatores de risco e, quando necessário, dar suporte psicoterápico.

A orientação alimentar visa, além do controle de peso, a restrição de gorduras saturadas e o aumento da ingestão de alimentos à base de cálcio, atuando como medida

coadjuvante na prevenção da osteoporose e na prevenção da doença cardiovascular (DCV). A atividade física deve ser encorajada e constitui importante fator de proteção contra as doenças próprias do envelhecimento. Os exercícios contribuem para aumentar o nível de HDL, minimizar o risco de osteoporose e de DCV, auxiliam na redução de peso e melhoram o aporte psicológico (FREITAS & PIMENTA, 2002).

A interrupção do fumo é essencial, pois ele é responsável por 41% das mortes por DCV em mulheres, e é um fator de risco importante para o desenvolvimento da osteoporose. Além disso, o suporte psicoterápico é indispensável nas mulheres com depressão e que encaram a menopausa como um momento de declínio físico (FREITAS & PIMENTA, 2002).

Fonseca et al. (2001), estudando 240 mulheres climatéricas, sendo 140 fumantes e 100 não fumantes, observaram que as mulheres fumantes tiveram menopausa antecipada em três anos, assim como maior sintomatologia climatérica, maiores níveis plasmáticos de colesterol total, LDL-colesterol, triglicérides e maior perda óssea.

Straten et al., citados por Fonseca et al. (2001), referem ainda outros efeitos relacionados ao tabagismo como: enrugamento e perda da gordura facial, mudanças de coloração e perda do brilho da pele, unhas amareladas, cicatrização mais lenta, psoríase, halitose e estomatite nicotínica, doença vascular periférica aterosclerótica, doença de Raynaud entre outras.

5.1.4.2 Terapia de Reposição Hormonal (TRH)

As vendas de hormônios de reposição para a menopausa decolaram com a publicação, em 1966, de *Feminine Forever*, do Dr. Robert Wilson, um ginecologista americano. O texto exaltava os benefícios da terapia de reposição hormonal para salvar as mulheres da “tragédia da menopausa” (BASTOS, 2001); além disso, prometia uma pílula da juventude, o que evidentemente nunca ficou provado. Segundo o conceito de “síndrome de carência hormonal”, inventado pelo Dr. Wilson, os estrogênios eram como a insulina – “um diabético não pode viver sem insulina, uma mulher não pode viver sem hormônio!” (WILSON apud REDE FEMINISTA DE SAÚDE, 2001).

A decisão ou não do uso da terapia de reposição hormonal (TRH) deve ser individualizada, de comum acordo com a cliente, respeitando-se as contra-indicações

habituais e sempre fazendo uma análise minuciosa dos riscos e benefícios. Hoje, é bem aceito que a hormonioterapia deva ser indicada para eliminar ou aliviar sintomas decorrentes do hipoestrogenismo, como os vasomotores, atrofia urogenital, transtornos urinários, alterações da pele e mucosas, entre outros (FREITAS & PIMENTA, 2002).

Segundo Pinto Neto & Lima, citados por Zampieri (2002), para implementar a TRH, afastadas as contra-indicações e observados os riscos, tem que se considerar as diferentes vias de administração (oral e parenteral), analisando-as em função de sua eficácia, da sintomatologia apresentada, dos tipos de esteróides, da dose e esquema a serem empregados, da aceitação por parte da mulher, como também pelo aparecimento de efeitos colaterais. É indispensável uma boa anamnese, exame físico e laboratorial para decidir o uso da TRH e como fazê-la.

A reposição hormonal consiste basicamente em reposição estrogênica. O progestogênio deve ser adicionado ao tratamento para todas as mulheres que têm útero (MARINHO et al., 2001).

A depender do tipo de estrógeno utilizado, tem-se maior atuação em determinado segmento do organismo. Portanto, conforme os sintomas apresentados, direciona-se as categorias dos compostos, como estriol nas atrofias urogenitais ou estradiol e estrógenos conjugados, em sintomas vasomotores, de pele, prevenção de osteoporose ou manutenção da massa óssea e distúrbios neuro-vegetativos, onde deve ser a primeira escolha o estrogênio natural, se possível (BRASIL apud ZAMPIERI, 2002).

Zampieri (2002), ainda cita Brasil, que relata ser importante ressaltar que os riscos e benefícios dependerão da indicação correta, obedecendo às contra-indicações, acompanhamento da cliente e uso de menor dose e por menor tempo possível.

Para Gildemeister, citada pela Revista Medicina & Cia (2002), a indústria farmacêutica vem desenvolvendo novas drogas para diminuir os riscos da TRH. Dentre as opções do tratamento está a utilização de adesivos (patches), cremes aplicados nas nádegas ou no abdômem, implantes subcutâneos que agem por 4 a 6 meses, etc.

A médica ginecologista supracitada afirma, que nos últimos cinco anos foram lançados no Brasil quase duzentos produtos para terapia hormonal. Dentre os novos medicamentos, uma alternativa interessante é o Raloxifeno, pois esta substância sintética imita a atividade do hormônio feminino apenas em alguns tecidos, não atuando nos tecidos mamários e uterinos. Assim como o estrógeno, este medicamento fortalece os ossos e reduz

a taxa de colesterol, sem aumentar o perigo do câncer de mama e maiores complicações no útero.

Gildemeister ainda cita, que até se adaptarem ao tratamento, as pacientes em TRH devem ser acompanhadas mensalmente. Após este período, em alguns casos, o controle pode ser anual.

Benefícios da TRH (BRASIL apud ZAMPIERI, 2002):

a) Curto prazo

- Melhoria ou abolição dos sintomas vasomotores (ondas de calor);
- Melhora nos sintomas ligados ao sistema nervoso central como depressão, irritabilidade e insônia;
- Melhora do trofismo vaginal e genital, diminuição dos sintomas de urgência/incontinência urinária e infecções vaginais.

b) Longo prazo

- Diminuição da morbidade e mortalidade por doença arteriosclerótica;
- Prevenção de osteoporose;
- O uso de estrogênio e progestogênio reduz a incidência de câncer endometrial.

Segundo Stampfer et al., citados por Marinho et al. (2001), os resultados de estudos mostram resultados consistentes, com redução de risco para ocorrência de infarto agudo do miocárdio em cerca de 50% nas mulheres em uso de TRH, especialmente de estrogênio. As pacientes com risco cardiovascular aumentado foram mais beneficiadas.

Evidências derivadas de estudos clínicos aleatorizados mostram que o uso de estrogênio previne a perda óssea em pacientes saudáveis na pós-menopausa. Leva também, a um pequeno ganho de massa óssea em mulheres com osteoporose e reduz o risco em cerca de 50% de fraturas ósseas, em mulheres na pós-menopausa, particularmente as de coluna vertebral. Estudos observacionais revelam, que o benefício tende a desaparecer com a suspensão do tratamento, pois ocorre perda acelerada a partir de então (HUTCHINSON et al. apud MARINHO et al., 2001).

Riscos da TRH:

a) Câncer do endométrio

Para Colditz et al., citados pela Rede Feminista de Saúde (2001), a partir de 1995, começaram a surgir estudos que atestaram que a associação de progesterona ao tratamento com estrogênio diminui o risco de câncer do endométrio, mas não o de câncer de mama.

Segundo Marinho et al. (2001), foi demonstrado o efeito protetor dos progestogênios. A sua associação passou a ser rotina em pacientes com útero. Com os esquemas atualmente empregados, resta um risco pequeno de câncer de endométrio, semelhante ao das não usuárias. O risco é maior quando associado a obesidade, hipertensão e diabetes (FREITAS et al. apud ZAMPIERI, 2002).

Athayde, citada pela Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia (SBEM), em agosto de 2003, refere que os estrogênios isoladamente estimulam a camada interna do útero, promovendo a proliferação das células do endométrio. A progesterona é o antagonista natural dos estrogênios, impedindo a ocorrência de hiperplasia e câncer do endométrio.

b) Câncer de mama

Segundo o Jornal de Brasília, do dia 3 de fevereiro de 2004, uma das causas de câncer de mama pode ser a reposição hormonal. Este alerta é feito por especialistas, com base em duas pesquisas divulgadas em 2003.

A primeira, um estudo realizado pela Universidade de Harvard, nos Estados Unidos, constatou que as mulheres que faziam reposição hormonal aumentavam em quase 20% o risco de desenvolver câncer de mama. A segunda acompanhou um milhão de mulheres na Inglaterra, que estavam sendo submetidas a diferentes formas de reposição hormonal e concluiu, que a terapia potencializa o risco da doença, embora não seja agente causador. Segundo a pesquisa, a forma de reposição que mais potencializa o risco de câncer é a que associa o estrogênio e a progesterona, a mais utilizada no Brasil (JORNAL DE BRASÍLIA, 2004).

O mesmo jornal cita o professor de ginecologia da PUC-SP, Alexandre Andrade, “É importante destacar que não é a reposição hormonal que causa o câncer de mama, mas provavelmente pode acelerar o crescimento das células cancerosas”.

Porém, a relação entre o câncer de mama e a TRH é complexa, pois os estudos realizados ainda não têm resultados muito consistentes (MARINHO et al., 2001).

Segundo The Lancet, citado pela Rede Feminista de Saúde (2001), em um estudo retrospectivo, as mulheres que tomam hormônios por longo tempo têm mais câncer de mama

do que aquelas que não tomam. Esse aumento torna-se significativo com mais de cinco anos de uso; e, com dez anos, o risco aumenta em 4%.

c) Doença de vesícula biliar

Aumento do risco de colelitíase (ZAMPIERI, 2002).

d) Metabolismo de carboidratos

Segundo Compeland, citado por Zampieri (2002), na maioria dos casos não afetou os níveis de glicemia, mas pode prejudicar a tolerância anormal à glicose.

e) Doença tromboembólica

De acordo com Guimarães, Novik e Podgaec, citados por Zampieri (2002), o uso de estrógeno sintético aumenta a incidência de doenças tromboembólicas.

Segundo Marinho et al. (2001), estudos mostraram aumento de duas a três vezes no risco para trombose venosa e embolia pulmonar com a TRH.

A Rede Feminista de Saúde (2001), ainda reforça que no último Congresso de Cardiologia, realizado no Rio de Janeiro, em março de 2001, pesquisadores concluíram que, no momento, os estudos sobre este assunto ainda não são conclusivos para a indicação do uso rotineiro da reposição hormonal, e que a Organização Mundial de Saúde e a Iarc (International Agency for Research on Cancer) continuaram classificando, em 1999, os contraceptivos orais e os hormônios de reposição como cancerígenos.

Contra-indicações absolutas para o uso da TRH (MARINHO et al., 2001):

- Câncer de mama ou lesão suspeita ainda sem diagnóstico;
- Hiperplasia ductal atípica na mama;
- Doença isquêmica cerebral/cardíaca recente;
- Doença tromboembólica recente;
- Hepatopatia grave ou recente;
- Hipertensão arterial grave, sem controle;
- Sangramento vaginal de causa não estabelecida;

Contra-indicações relativas para o uso de TRH (BRASIL apud ZAMPIERI, 2002):

Diabetes Mellitus; miomas uterinos; antecedentes de doenças hepáticas; hipertensão arterial; antecedentes familiares de câncer de mama e de útero; distúrbios convulsivos;

doença fibrocística de mama; hiperlipidemia familiar; doença de vesícula biliar; obesidade; tabagismo.

5.1.4.3 Fitoestrogênios

Arie et al., citados por Zampieri (2002), indicam que quando houver manifestação de carência estrogênica deve-se fazer uso de hormônios. No entanto, indica outras formas alternativas para tratar o climatério, como os fitoestrógenos. Alertam, porém, que os efeitos dos fitoestrogênios na fisiologia humana foram pouco estudados até o momento.

Desde os anos 30 sabe-se que as plantas contêm extratos hormonais que se assemelham aos hormônios femininos. Sua utilização medicinal é bem mais antiga, mas foi no pós-II Guerra Mundial que as multinacionais farmacêuticas começaram a comercializar esses extratos hormonais (REDE FEMINISTA DE SAÚDE, 2001).

A partir do início da década de 90, os fitohormônios vêm sendo amplamente utilizados na Europa e nos Estados Unidos. Segundo Silva, citado pela Revista Medicina & Cia (2002), os fitohormônios podem ser úteis no tratamento de pacientes que não podem se submeter à TRH convencional. Além disso, cerca de 12% das mulheres sofrem os efeitos colaterais do tratamento, como ganho de peso, dores de cabeça, sangramentos, etc. Porém, Silva reforça, que os hormônios extraídos de vegetais só terão efeito se forem utilizados extratos concentrados e de boa procedência.

Algumas plantas demonstram sua atuação benéfica para a saúde da mulher, especialmente durante a menopausa, melhorando as ondas de calor, irregularidade menstrual, sensação de ressecamento da vagina e pele, além de serem úteis para melhorar a memória, reduzir o nível de colesterol e prevenir a osteoporose (BASTOS, 2001, p.192).

Para Bastos (2001), os fitoestrogênios são encontrados em quantidades significativas na soja, alguns grãos secos e cereais, brotos de feijão e alfafa, entre outras plantas. Os mais estudados pelo seu benefício durante a menopausa são as isoflavonas (extraídas da soja) e os lignanos (encontrados em grande quantidade nas nozes e sementes de linhaça). Arie et al., citados por Zampieri (2002), também referem os fitoestrogênios coumestanos (encontrados em brotos de feijão, na soja e principalmente na alfafa). A potência biológica

dos fitoestrogênios é variável, porém sabe-se que estes compostos não esteroidícos têm potência bem menor que os estrogênios naturais.

Segundo a Revista Medicina & Cia (2002), para cada sintoma do climatério ou da menopausa existe um tipo de fitohormônio mais adequado, como pode-se observar no quadro abaixo.

SOJA Rica em genisteína, que previne câncer e problemas de fígado e vesícula, estimula a formação dos ossos, abaixa o colesterol e protege a parede dos vasos.	VITEX AGNUS CASTUS Tem um papel importante contra a depressão. É especialmente útil para mulheres no período do climatério. Diminui a dor nos mamilos e melhora a libido.	BLACK COHOSH (Cimicífuga racemosa) É o fitohormônio mais estudado. É aprovado pelo Ministério da Saúde da Alemanha para tratar os sintomas de deficiência de estrógeno. Alivia os calores, a atrofia e o ressecamento vaginal, a palpitação e a ansiedade.
SEMENTE DE LINHAÇA Rica em linhaça, composto que é convertido em estrógeno pelas bactérias no intestino.	LICORICE ROOT Conhecido como ácido glicirrético, o extrato desta planta é considerado uma fonte natural de estrógeno. Previne a formação de coágulos, comuns na menopausa.	DONG QUAI (Angélica sinensis) É a planta mais utilizada na medicina tradicional chinesa. Promove uma síntese de progesterona natural. Ajuda a aliviar a TPM e combate as cólicas.

5.1.5 Cuidados no Climatério

5.1.5.1 Dieta

Para Feldman e Sutnick, citados por Montilla et al. (2003), vários agravos à saúde constatados no climatério relacionam-se, na maioria das vezes, direta ou indiretamente com a ingestão inadequada de alimentos, quer seja em excesso ou deficiência por longos períodos; essa inadequação, por sua vez, constitui um importante fator de risco para inúmeras doenças, tais como as cardiovasculares, a obesidade, a osteoporose, o câncer de cólon e de mama. No caso específico da mulher climatérica, os excessos nutricionais relacionam-se com o alto consumo de alimentos energéticos, principalmente provenientes de gorduras saturadas.

Hill et al. apud Montilla et al. (2003), relatam que a gordura proveniente da dieta é considerada determinante primária de obesidade, sendo esta mais prevalente em mulheres a partir do climatério.

Como ocorre um aumento da prevalência de doenças crônicas no climatério, torna-se importante identificar a realidade nutricional da mulher nesse período e realizar programas de orientação nutricional, uma vez que a alimentação adequada instituída precocemente e mantida continuamente representa um importante fator promotor de saúde e preventivo, quanto aos agravos crônicos à saúde.

Segundo Montilla et al. (2003), inúmeros estudos tentam explicar a relação entre o consumo exagerado de gordura dietética e a eclosão da obesidade; assim, dietas ricas em gorduras têm menor termogênese, maior eficiência no armazenamento, menor poder de saciedade e são mais palatáveis do que alimentos de baixa densidade energética. Dessa forma, a redução na ingestão de gordura dietética parece ser efetiva na queda do peso corporal, mesmo sem restrição energética. No entanto, os autores citam Hill et al., que mencionam que o maior efeito da dieta de baixo teor de gordura pode não ser a diminuição no ganho de peso, mas sim sua prevenção.

O estudo feito por Montilla et al. (2003), com 154 mulheres climatéricas, em São Paulo, mostrou a predominância de alto teor de gordura e proteínas na dieta destas mulheres. Essa preferência sabidamente é prejudicial à saúde da mulher climatérica, pois o excesso de gordura dietética favorece a obesidade, as doenças cardiovasculares, o câncer de mama e o de endométrio, além do que o excesso proteico pode gerar aumento na excreção renal do cálcio, favorecendo a osteoporose, principalmente na menopausa, situação em que ocorre progressiva perda de massa óssea (MELO apud MONTILLA et al., 2003).

Para Bastos (2001), um tratamento dietético muito eficaz para a maioria dos sintomas na menopausa é a soja. A soja é rica em fitoestrogênios, substância presente em outros vegetais, com ação igual ao estrogênio.

Alimentos derivados da soja, ricos em isoflavona, como peixes e vegetais da família do repolho e alho exercem efeito protetor contra o câncer de mama, além de diminuir os sintomas vasomotores. A família do repolho ou das crucíferas inclui repolho, brócolis, couve-flor, caouve-de-Bruxelas, couve, mostarda, rabanete, nabo e outros vegetais comuns. A Sociedade Americana de Câncer, numa de suas recomendações dietéticas básicas, diz que para reduzir o risco de câncer deve-se incluir vegetais crucíferos na dieta. Vários

componentes do alho apresentam propriedades que intensificam as defesas naturais do organismo, sendo também anticancerígeno (BASTOS, 2001).

Presente nas cascas, sementes, grãos e vegetais, as fibras são essenciais para a motilidade intestinal e para a remoção dos resíduos alimentares do tubo digestivo. Pessoas com uma dieta pobre em fibras apresentam normalmente prisão de ventre, colites, diverticulites, fissuras anais e hemorróidas. A doença fibrocística da mama e o câncer de mama estão também ligados a uma dieta pobre em fibras e ao ritmo intestinal. “Mulheres que evacuam menos de 3 vezes por semana aumentam de 4 a 5 vezes o risco de desenvolver doenças na mama” (BASTOS, 2001, p.164).

Bastos (2001), continua falando sobre as fibras, que também têm o poder de agir como um solvente natural de gorduras, combatendo o colesterol alto e prevenindo a obesidade e as doenças do coração. Para uma dieta com alto teor de fibras, Bastos (2001) sugere algumas modificações na dieta, como:

- Utilizar produtos de grão integral, como o trigo integral, aveia trilhada e arroz integral;
- Consumir frutas, verduras e legumes frescos, crus ou mal cozidos, com as sementes, fiapos e cascas intactas, sempre que possível;
- Reforçar o elemento fibroso da dieta, acrescentando o “farelo” e o trigo, que é cinco vezes mais rico em fibras do que a farinha de trigo integral;
- Reduzir ao máximo o consumo de produtos refinados, como a farinha branca e o açúcar.

Além de acrescentar as fibras na alimentação, deve-se reduzir as gorduras da dieta para reduzir o colesterol e diminuir a probabilidade de doenças cardiovasculares. Estas gorduras são: a manteiga, os ovos, a banha, o leite integral, o queijo, a carne vermelha, a pele de aves, além de óleos e gorduras vegetais (BASTOS, 2001).

Segundo Bastos (2001), os açúcares refinados são totalmente desprovidos de vitaminas, minerais e fibras e não têm qualquer valor nutritivo. Contribuem para o aumento de peso, o diabetes, os distúrbios nervosos e a fadiga, além de reduzirem as vitaminas e os minerais do organismo, como o cálcio. Entre os açúcares refinados a serem evitados, estão o de cana, o de beterraba, o açúcar mascavo, a dextrose, a maltose e a frutose.

O melaço de cana e os sucos de frutas adoçam e contêm todas as vitaminas e os sais minerais necessários às funções do organismo, porém use com moderação. Já o mel é um açúcar aceitável para uso ocasional. Os adoçantes artificiais, incluindo o aspartame, o sorbitol, a sacarina e os ciclamatos [...] devem ser completamente evitados. A estévia é uma planta [...], com alto poder adoçante, que pode ser utilizada por gestante e diabéticos, sem teor calórico. É utilizada como adoçante dietético totalmente natural (BASTOS, 2001, p.170).

Os ossos das mulheres com osteoporose têm teores mais baixos de magnésio do que os das pessoas sem esta patologia. Por isso, peixes com espinhas, amêndoas, vegetais verde-escuros, algas marinhas e sementes de gergelim com casca são fontes ricas em cálcio e abastecem o organismo com outros minerais necessários para absorver e utilizar o cálcio, como o magnésio. Para uma suplementação de cálcio, pode-se utilizar o pó da casca de ovo (através da casca do ovo previamente lavada e assada em forno comum, depois triturada até virar pó) adicionado aos alimentos (BASTOS, 2001).

Bastos (2001), continua a citar, que uma dieta para tratar e prevenir a osteoporose inclui, além de laticínios, proteínas (preferencialmente leite em pó desnatado) e fosfatos (refrigerantes) com moderação, outros alimentos ricos em cálcio, como a couve, espinafre, nabo e outras verduras e vegetais de folhas verdes.

A mesma autora supracitada refere, que os bioflavonóides, os fitohormônios, o boro e os ácidos graxos essenciais são empregados para promover a saúde da mulher climatérica. Os bioflavonóides são um grupo de compostos (citrina, hesperidina, rutina e flavona) que têm atividade química semelhante ao estrogênio e, desta forma, controlam os sintomas do climatério, em especial as ondas de calor, fortalecem os ossos, protegem o sistema cardiovascular e contribuem para manter a elasticidade da pele. Os principais alimentos ricos em bioflavonóides são:

- | | |
|---------------------------|------------------|
| - Soja (e seus derivados) | - Laranja |
| - Pimentão | - Limão |
| - Brócolis | - Mamão papaya |
| - Ameixa | - Melão |
| - Cereja | - Uva |
| - Tomate | - Arroz integral |
| - Damasco | - Batata |
| - Gergelim | - Aveia integral |

- | | |
|--------------------|----------------|
| - Beterraba | - Grão-de-bico |
| - Linhaça | - Pepino |
| - Erva-doce | - Rabanete |
| - Centeio integral | - Repolho |
| - Cenoura | - Vagem |
| - Fubá | - Salsinha |

O boro é um mineral necessário para o metabolismo do cálcio e para manter a agilidade física e mental. Duas maçãs grandes, uma xícara de brócolis ou uma mão cheia de frutas e sementes secas (nozes, amêndoas, etc.) fornecem 1 a 3 mg de boro (BASTOS, 2001).

Os ácidos graxos essenciais fazem parte de vários órgãos e tecidos, e são divididos em Ômega-3 e Ômega-6. Eles diminuem o estresse celular, prevenindo o envelhecimento, melhorando a condição dos cabelos, das unhas e da pele, além de prevenir doenças como o câncer e problemas cardíacos. É necessário duas vezes mais Ômega-6 do que Ômega-3. Para isso, basta aumentar a ingestão de nozes, óleo de linhaça, vegetais verde-escuros e peixes (BASTOS, 2001).

5.1.5.2 Atividade Física

Segundo Escobar & Sanchez (2000), a vida sedentária diminui os níveis de HDL, aumenta a perda de massa óssea, aumenta a obesidade, favorece a perda da elasticidade dos ligamentos e o tônus da massa muscular, indispensáveis ao equilíbrio e suporte necessários para evitar quedas e fraturas, e predispõe a artrose. A falta de exercício também influi no metabolismo cerebral, diminuindo as endorfinas, importantes para o bem-estar do indivíduo, seu ânimo e capacidade de concentração.

De acordo com Zampieri (2002), quando os exercícios físicos são praticados de maneira regular, ajudam a combater a hipertensão, obesidade, coronariopatia isquêmica, ansiedade, depressão e síndrome de dores músculo-esqueléticas. Além disso, as atividades físicas melhoram a sensação de bem-estar, a auto-estima, a capacidade cognitiva e de raciocínio.

As caminhadas devem ser realizadas antes das 10 horas e após as 16 horas, de preferência no sol, para que os raios solares não prejudiquem a pele e favoreçam a produção

de vitamina D. Associados à ingestão adequada de cálcio são eficazes no aumento da massa óssea em todas as idades (ZAMPIERI, 2002).

5.1.5.3 Exercícios para Fortalecimento do Períneo

Para Bastos (2001), o músculo pubococcígeo é uma trança de músculos que se estende desde o osso púbico até o cóccix, circundando a uretra, a vagina e o ânus. O músculo do períneo também deve ser forte e flexível para ajudar na sustentação dos órgãos da pelve. Após a menopausa, em consequência da atrofia genital pode ocorrer a incontinência urinária e o prolapso genital. A mesma autora supracitada complementa que alguns exercícios ajudam a reforçar a musculatura do períneo, melhorando a circulação sanguínea nos órgãos sexuais e intensificando o orgasmo. Assim, estes exercícios podem ajudar a controlar a bexiga e aumentar o desempenho sexual. Bastos (2001), cita que os exercícios devem ser praticados regularmente, inclusive durante o ato sexual e compreendem:

- Contrair a musculatura do períneo, como se interrompesse a micção. Praticar esse exercício sentada e repetir no mínimo 3 vezes ao dia;
- Contrair a musculatura do períneo o máximo que puder, contando até 10. Relaxar e repetir;
- Introduzir um absorvente interno na vagina, com lubrificante, e procurar usar apenas a musculatura vaginal para movê-lo para cima e para baixo. Tente retê-lo dentro da vagina, enquanto oferece alguma resistência puxando o fio do absorvente na direção contrária.

5.1.5.4 Contracepção

Para Arie et al. (2004), como a menopausa ocorre em nosso meio por volta dos 48 anos, a anticoncepção no climatério seria aquela praticada por mulheres dos 35 anos até um ano após a menopausa (em torno dos 50 anos).

Segundo Rezende et al. apud Arie et al. (2004), a ocorrência de uma gestação em mulher mais madura é motivo de grande preocupação. O que antes era realização e desejo, representa agora um risco significativo para a saúde; tal fato, aliado às evidências de

incremento nos índices de malformações congênitas e de mortalidade perinatal, torna importante o estudo do tema em questão.

Roucourt & Faria Jr., citados por Arie et al. (2004), falam que o aumento da morbimortalidade na mulher com mais de 35 anos de idade é devido à maior incidência de intercorrências clínicas, como o diabetes e a hipertensão arterial e obstétricas, como a placenta prévia e o descolamento prematuro da placenta, na gestação, a distócia funcional e a atonia uterina, no parto e, a infecção puerperal e a doença tromboembólica, no puerpério.

A escolha do método contraceptivo ideal deve ser o que melhor se adapta a cada mulher, atendendo às necessidades quanto à eficácia, mantendo o menor índice de efeitos colaterais e trazendo, por fim, o maior índice de satisfação. Durante esse período a fertilidade diminui, devido à diminuição da atividade sexual, do aumento do número de ciclos anovulatórios e do aumento de abortamentos. A gravidez em mulheres acima dos 35 anos envolve maior risco, tanto para a mãe como para o feto. Como consequência, a mulher necessita de contracepção absolutamente eficaz (ARIE et al., 2004).

Segundo Pernoll, citado por Labrada et al. (2000), apesar do climatério caracterizar o início do declínio da fecundidade da mulher e serem menos frequentes ciclos ovulatórios, muitas mulheres podem ficar grávidas, inclusive quando têm mais de 50 anos. Os mesmos autores, ainda citam Riphagen et al., sobre o fato de que a medida que avança a idade, os riscos relacionados a gestação aumentam chegando a ser 50 vezes maiores nas mulheres com mais de 40 anos com relação as que têm entre 20 e 29 anos de idade.

Gray apud Arie et al. (2004), observou que 10% de mulheres entre 45 e 50 anos que estavam em amenorréia durante um ano, ovularam e menstruaram. Assim, é recomendável que mulheres entre os 45 e 50 anos de idade continuem seu método não hormonal por dois anos e aquelas com mais de 50 anos por mais um ano após sua última menstruação.

Atualmente, nos países desenvolvidos, tem-se observado a tendência de adiar a procriação, por priorizar a realização de projetos de vida pessoais não relacionados com a maternidade, já nos países em desenvolvimento, a maior parte das mulheres que passam dos 35 anos de idade já completaram o número de filhos desejados e recorrem com frequência ao aborto quando ficam grávidas (LYNN apud LABRADA et al., 2000).

Para Pinotti, citado por Arie et al. (2004), nos países desenvolvidos, as mulheres estão ficando grávidas cada vez mais tarde. Na Europa, cerca de 40% dos partos ocorrem em mulheres com mais de 35 anos de idade, enquanto no Brasil esta taxa é de 14% .

Labrada et al. (2000), cita que os homens e as mulheres acima dos 40 anos de idade ou mais, contrariamente ao que muitos pensam, seguem sendo férteis e sexualmente ativos (OMS, 1996) e têm o direito de serem orientados com relação ao planejamento familiar e ,que seja facilitado o acesso à anticoncepção de acordo com as características biológicas e psicossociais da etapa em que se encontram.

Segundo Arie et al. (2004), os métodos contraceptivos podem ser classificados em métodos não hormonais e métodos hormonais.

Métodos não hormonais (ARIE et al., 2004)

Dentre os métodos não hormonais se incluem os métodos irreversíveis ou definitivos e os métodos reversíveis, que incluem o dispositivo intra-uterino e os métodos tradicionais, de barreira e comportamentais.

a) Métodos definitivos

O método anticoncepcional definitivo, permanente ou irreversível é mais conhecido como esterilização. Os métodos definitivos, laqueadura tubárea e vasectomia, têm melhor indicação nos indivíduos mais idosos, nos quais o índice de arrependimento é menor. No entanto, à medida que se aproxima a menopausa devem ser pesados os riscos e benefícios de uma cirurgia, não isenta de complicações (RAMOS apud ARIE et al., 2004). A laqueadura tubárea é menos eficaz, mais agressiva e mais onerosa que a vasectomia. Os métodos definitivos são contra-indicados quando o casal não estiver plenamente convicto de que não quer mais filhos e de que o método a ser utilizado é definitivo.

b) Métodos comportamentais

Segundo Arie et al. (2004), os métodos comportamentais compreendem o coito em período não fértil, a ejaculação extravaginal e o método da amenorréia lactacional. O coito em período não fértil e a ejaculação extravaginal não devem ser iniciados nas mulheres climatéricas, no entanto, se o casal estiver bem adaptado a determinado método, não há porque não continuá-lo.

O coito em período não fértil ou abstinência sexual periódica pressupõe que a mulher esteja em condições de predizer o início e o final de seu período fértil. Compreende alguns métodos que no seu conjunto são denominados de métodos naturais. O coito em período não fértil tem índices de falha aumentados à medida que se aproxima a menopausa,

quando se tornam freqüentes as irregularidades menstruais (OLIVA et al. apud ARIE et al., 2004).

c) Métodos de barreira

Para Arie et al. (2004), os métodos de barreira devem ser estimulados como métodos anticoncepcionais isolados ou com outros métodos, pois previnem a transmissão de doenças sexualmente transmissíveis, em especial do HIV, e ainda têm a vantagem de não causar efeitos sistêmicos. Os métodos de barreira já foram implicados no aumento da pré-eclâmpsia em suas usuárias e, como algumas das mulheres climatéricas são nulíparas e/ou portadoras de diabetes e hipertensão, fatores de risco para a pré-eclâmpsia, a utilização destes métodos poderia ser inconveniente, no entanto, Mills e cols., citados por Arie et al. (2004), não verificaram tal associação.

O diafragma pode ser utilizado naquelas sem prolapso genital, manifestação que se acentua nessa faixa etária.

Os espermaticidas são agentes químicos que imobilizam e destróem os espermatozóides. São encontrados em forma de creme, geléia, pasta, óvulo e supositório vaginal, tablete, espuma e película solúvel, e devem ser aplicados profundamente na vagina. No climatério, têm a vantagem de aumentar a lubrificação vaginal nas mulheres que apresentam secura vaginal (ARIE et al., 2004).

Atualmente, os preservativos masculinos estão disponíveis em diversas cores e sabores. Deve-se ensinar seu uso correto e mostrar que não afeta a performance sexual, diminuindo assim a ansiedade. O condom de látex pode diminuir a sensibilidade peniana, podendo reduzir a ereção do usuário. O preservativo de poliuretano é indicado para aqueles casos de alergia ao látex, melhorando a sensibilidade peniana, porém é mais fácil de soltar-se, tornando-o menos eficaz (ARIE et al., 2004).

O capuz cervical e o preservativo feminino têm sido menos estudados e não existem dados concretos a respeito destes métodos nessa faixa etária.

d) Dispositivo intra-uterino (DIU)

O dispositivo intra-uterino encontrou sua definitiva popularização na década de 1960. O DIU se mostrou método muito eficaz, seguro e indicado para muitas mulheres. Há vários mecanismos de ação do DIU que podem variar de acordo com o tipo se medicado ou não. Nessa faixa etária, o DIU apresenta melhor desempenho, com menores possibilidades de perfuração, expulsão, remoção, dismenorréia, gravidez ectópica e doença inflamatória

pélvica. O DIU de cobre pode permanecer no local por longo período, tendo como desvantagem aumentar a quantidade do fluxo em mulheres com alterações menstruais (ARIE et al., 2004).

Métodos hormonais (ARIE et al., 2004)

Apesar dos avanços conseguidos na utilização das pílulas combinadas como a diminuição nas doses do etinilestradiol e a introdução de novos progestógenos, os problemas decorrentes dessa metodologia contraceptiva persistem. No Brasil até recentemente havia poucas alternativas aos contraceptivos hormonais orais, porém, atualmente, além da via intramuscular, surgiram novas alternativas que incluem o DIU de levonorgestrel, os combinados de estrogênio/progestógeno por via vaginal na forma de comprimidos e de anel e o transdérmico e o implante de progestógeno. A eficácia e a segurança destes métodos contraceptivos em mulheres no climatério são pouco conhecidas porque quando um novo método contraceptivo é testado são recrutadas mulheres de alta fertilidade e sem problemas médicos; por isso muitos dados são provenientes de estudos com mulheres mais jovens (ARIE et al., 2004).

a) Pílulas combinadas

Podem ser utilizadas em mulheres acima dos 35 anos sem outros fatores de risco para coronariopatias, tais como o tabagismo, hipertensão e diabetes. É consenso que a pílula combinada a ser empregada contenha a menor dose de etinilestradiol e o progestógeno menos androgênico (ALDRIGH et al. apud ARIE et al., 2004). As pílulas combinadas conferem vários benefícios extracontraceptivos a saber: menstruações regulares, sem cólicas e em menor quantidade; manutenção da densidade mineral óssea; melhora do perfil lipoprotéico e proteção contra o câncer de endométrio e de ovário (ALDRIGH et al. apud ARIE et al., 2004).

Segundo Arie et al. (2004), o efeito protetor da pílula combinada foi demonstrado através de estudos na redução de 80% da mortalidade por câncer de ovário. Esta é uma vantagem para as mulheres que fizeram uso do método nos seus 40 anos. Além disso, os mesmos autores supracitados referem Michaelsson e cols., pois estes verificaram que mulheres que utilizaram a pílula combinada após os 40 anos tinham redução de 30% no risco de fratura de quadril aos 75 anos.

b) Pílulas de progestógenos

As minipílulas são compostos de progestógenos em baixa dosagem, menor que a contida nas pílulas combinadas e devem ser administradas diariamente sem interrupção e sempre no mesmo horário, pois a eficácia contraceptiva pode ser perdida após 27 horas da última tomada. A minipílula inibe a ovulação em apenas 60% das vezes e permite o desenvolvimento folicular e secreção endógena de estradiol, o que pode ser vantajoso, pois não há a necessidade de repor estrogênios exógenos, mas há a desvantagem de sangramento uterino irregular e imprevisível, devido à secreção flutuante de estradiol e da anovulação. A minipílula tem boa eficácia nessa faixa etária, sendo isenta de efeitos cardiovasculares. Sua utilização é restrita aos casos de intolerância e/ou contra-indicações às pílulas combinadas, por serem menos eficazes e acarretarem irregularidades menstruais (ARIE et al., 2004).

c) Injetável trimestral

O acetato de medroxiprogesterona de depósito (AMPD) administrado a cada três meses é método contraceptivo eficaz e seguro. Esse anticoncepcional é excelente na fase pré-menopausa, pois, além da grande eficácia, protege o endométrio do efeito proliferativo dos estrogênios. Geralmente, acarreta alterações menstruais para menos que são bem recebidas por essas mulheres, se bem orientadas. A possibilidade de acarretar aumento do peso e osteoporose ainda é discutida (ARIE et al., 2004).

d) Adesivos

O adesivo transdérmico de 20 cm² contém três camadas: a externa, de proteção, a média que contém norelgestromina, o metabólito ativo do norgestimato e etinilestradiol, e a película interna que é removida no momento da aplicação. Recomenda-se que seja aplicado um adesivo por semana durante três semanas consecutivas, seguidos de uma semana sem o adesivo. Assim, os adesivos podem ser removidos e trocados no mesmo dia da semana. Em mulheres na menacme, o método é seguro e eficaz (ZIERMAN apud ARIE et al., 2004).

e) DIU com progestógeno

Segundo Arie et al. (2004), o DIU com progestógeno foi desenvolvido em 1980, sendo muito eficaz, com índice de falhas em torno de 0,1 por 100 mulheres/ano e tendo efeito mínimo no eixo hipotálamo-hipófise-ovariano com mais de 85% das mulheres ovulando durante seu uso. O principal efeito deste DIU é a alteração endometrial. O DIU com levonorgestrel é bastante seguro e neutro em relação ao metabolismo lipoprotéico.

f) Implante de progestógeno

É um implante contraceptivo que consiste de bastão único contendo 68 mg de etonogestrel, metabólito ativo do desogestrel e proporciona eficácia contraceptiva por três anos. Deve-se realizar técnicas de inserção e remoção apropriadas. Esse implante por não ser biodegradável deve ser removido após sua duração máxima ou quando desejado. A inserção é rápida e fácil, com efeito, contraceptivo imediato quando inserido entre os dias 1 e 5 do ciclo menstrual. Apresenta alta eficácia (ARIE et al., 2004).

3.1.5.5 Exames Complementares

Segundo a reportagem de Buchalla na revista *Veja* (2003), uma área da medicina preventiva que salva milhões de vidas a cada ano ao redor do mundo é a do check-up. “A lógica do check-up é simples: se uma doença é detectada em estágio inicial, maior é a chance de ela ser curada” (BUCHALLA, 2003, p.76). Evidentemente, trata-se de uma lógica produzida pelos avanços na medicina como um todo, pois atualmente existe tratamento para a maioria das doenças graves.

Papanicolau e Colposcopia

No exame Papanicolau, conhecido popularmente por preventivo, as secreções cervicais são removidas delicadamente a partir do óstio cervical, transferidas para uma lâmina de vidro e fixadas imediatamente, imergindo a lâmina ou borrifando-a em um fixador (SMELTZER & BARE, 2002). Este esfregaço é realizado para detectar o câncer cervical e deve ser realizado anualmente por todas as mulheres, a partir da primeira relação sexual (BUCHALLA, 2003).

Segundo Smeltzer & Bare (2002), todos os esfregaços de Papanicolau suspeitos devem ser avaliados por colposcopia. O colposcópio é um microscópio portátil (ampliação de 10 a 25 vezes) que permite ao examinador visualizar o colo e obter uma amostra do tecido anormal para análise.

Mamografia

A mamografia é uma técnica de imageamento da mama que pode detectar lesões impalpáveis e auxiliar no diagnóstico de massas palpáveis. Duas incidências são obtidas para cada mama: uma incidência craniocaudal e uma oblíqua mediolateral. A partir dessas incidências, a mama é mecanicamente comprimida de cima para baixo e de um lado para outro, desta forma as mulheres podem experimentar algum desconforto, porque a

compressão máxima é necessária para a visualização adequada (SMELTZER & BARE, 2002).

Recomenda-se um exame de base aos 35 - 40 anos de idade, que servirá para comparações futuras. As atuais orientações da American Cancer Society são de uma mamografia a cada ano, começando aos 40 anos de idade (SMELTZER & BARE, 2002; BUCHALLA, 2003).

As antigas radiografias das mamas só eram capazes de identificar tumores com mais de 1 centímetro de diâmetro, quando a doença já estava em estágio avançado. Com a invenção da mamografia de alta definição, tumores de até meio milímetro passaram a ser identificados, o que aumentou drasticamente as chances de cura (BUCHALLA, 2003, p.80).

Hoje, já existem aparelhos ainda melhores, de altíssima resolução: é a mamografia digital, disponível em algumas clínicas brasileiras. Por meio dela, é possível aumentar em até vinte vezes a imagem de um nódulo, identificando-se tumores quando ainda têm o tamanho de um grão de areia. Além disso, a mamografia digital é menos desconfortável, pois a cliente faz o exame em apenas quatro minutos, contra os vinte minutos da tradicional (BUCHALLA, 2003).

A popularização da mamografia de avaliação nos últimos dez anos, combinada ao exame físico e ao auto-exame das mamas demonstrou eficácia na redução de 30% da mortalidade global por câncer de mama entre mulheres de 50 a 69 anos de idade (SMELTZER & BARE, 2002; BUCHALLA, 2003).

Ultra-sonografia Transvaginal

A ultra-sonografia (ou ultra-som) é um procedimento simples baseado na transmissão da onda sonora que emprega ondas ultra-sônicas pulsáteis nas frequências superiores a 20.000 Hz. O transdutor é colocado por meio de uma sonda vaginal e converte a energia mecânica em impulsos elétricos, que por sua vez, são ampliados e registrados em uma tela de osciloscópio, enquanto se obtém um registro dos padrões em fotografia ou vídeo (SMELTZER & BARE, 2002).

Este procedimento é realizado para visualizar e avaliar o útero como um todo e suas partes constituintes, além de delinear tumores, miomas, pólipos endometriais ou fibróides e

espessamentos, lesões estas que podem ser benignas, pré-malignas ou malignas (SMELTZER & BARE, 2002).

Leva cerca de 10 minutos, não envolve radiação ionizante e não necessita que a cliente esteja com a bexiga cheia, como na ultra-sonografia abdominal. Deve ser realizada anualmente a partir dos 30 ou 40 anos de idade (BUCHALLA, 2003).

Densitometria Óssea

A densitometria óssea é empregada para estimar a densidade óssea, a fim de determinar a extensão da osteoporose, para monitorizar a resposta de um paciente ao tratamento da osteoporose e para predizer o risco de fratura de uma pessoa (SMELTZER & BARE, 2002).

De acordo com Buchalla (2003), este exame deve ser realizado anualmente após a menopausa

Exames laboratoriais

Exames laboratoriais como o hemograma completo, glicemia em jejum, uréia, creatinina, colesterol total e frações e urina tipo I têm por objetivo investigar a presença de alterações prévias, como dislipidemias, diabetes melito, infecções etc., permitindo o acompanhamento clínico. As dosagens hormonais são realizadas em situações especiais, como em mulheres histerectomizadas e em suspeita de distúrbios hormonais, como o hipotireoidismo ou falência ovariana (FREITAS & PIMENTA, 2002).

Estes exames devem ser realizados anualmente ou conforme a necessidade, através da avaliação clínica da cliente e solicitação médica.

3.1.5.6 Cuidados de Enfermagem

De acordo com Zampieri (2002), a enfermagem tem importante papel na realização e promoção de alguns cuidados relativos às mulheres que vivenciam o climatério, tais como:

- Proporcionar espaços para compartilhar experiências e conhecimentos sobre esta fase, suas alterações, medidas profiláticas e tratamento;
- Estimular a participação em grupos, especialmente grupos de mulheres no climatério;
- Orientar para ficar atenta aos sinais que indicam depressão e procurar ajuda;

- Encaminhar para psicoterapia, caso seja necessário;
- Orientar sobre os riscos e benefícios da terapia hormonal, indicações e contra-indicações da mesma;
- Orientar sobre outras formas de tratamento para minimizar a sintomatologia experimentada no climatério, como a utilização dos fitohormônios;
- Orientar a realização de exercícios físicos regularmente, reforçando a importância de fazer o alongamento antes e depois das atividades;
- Orientar dieta adequada para prevenir doenças cardiovasculares e osteoporose, evitar sobrepeso, além de diminuir os sintomas característicos do climatério;
- Orientar para ingerir grande quantidade de líquidos;
- Orientar para evitar o fumo e o álcool, ou ao menos diminuir a frequência de utilização dos mesmos;
- Propiciar espaços de lazer e ocupações para esta clientela, como: fazer trabalhos manuais, escutar música, dançar, conversar com amigas, ler, estar em contato com familiares, passear, atualizar-se;
- Orientar com relação ao uso dos métodos contraceptivos;
- Estimular o cuidado com a aparência e com o corpo, através do uso de filtro solar e exposição solar nos horários adequados, usar cremes hidratantes na pele do rosto e corpo, cuidar dos cabelos e unhas etc., melhorando a auto-imagem e a auto-estima;
- Orientar sobre os exercícios de fortalecimento do períneo;
- Orientar para manter um ritmo de vida adequado com horas suficientes de sono e repouso para acordar disposta;
- Estimular para que viva sua sexualidade, deixando de lado tabus e culpas;
- Estimular conversas francas com o companheiro sobre as dificuldades enfrentadas nesta fase;
- Realizar/orientar quanto a importância da realização do exame preventivo de câncer cérvico-uterino e o auto exame das mamas e a periodicidade da realização destes;
- Orientar a importância do acompanhamento no Centro de Saúde pela enfermeira e pelo médico.

6 DESENVOLVIMENTO DO PLANO DE AÇÃO

Conforme proposto pela disciplina de Enfermagem Assistencial Aplicada desenvolvemos 220 horas de estágio no Centro de Saúde do Saco Grande, no período de 30 de agosto a 30 de outubro de 2004.

O público alvo foi mulheres entre 35 e 65 anos de idade, que estavam vivenciando a fase do climatério, no entanto, realizamos o exame preventivo de câncer cérvico-uterino e detecção precoce de câncer de mamas em mulheres de todas as faixas etárias, com o intuito de mobilizar nosso público alvo, adquirir novos conhecimentos e enriquecer nossa prática assistencial.

A seguir descreveremos as ações desenvolvidas de acordo com os objetivos propostos e os resultados alcançados.

Objetivo específico 1 - Proporcionar a integração das acadêmicas com a equipe multiprofissional do Centro de Saúde do Saco Grande, para executar as ações relacionadas à saúde da mulher na fase do climatério.

Na primeira semana, a supervisora do estágio, enfermeira Marcia Sueli Del Castanhel, apresentou-nos para a equipe multiprofissional do Centro de Saúde (CS) do Saco Grande explicando-lhes a proposta e os objetivos do projeto. Ao longo do período do estágio, continuamos divulgando aos demais profissionais nossa proposta de trabalho com as mulheres climatéricas no CS.

Conforme íamos nos inserindo nas atividades do CS voltadas para a saúde da mulher através das consultas de enfermagem específicas de climatério, realização de preventivos e ações de planejamento familiar, fomos sendo integradas à equipe multiprofissional, que se mostrou receptiva e colaborou com o desenvolvimento das atividades.

Vários profissionais do CS ressaltaram a importância do trabalho, em especial, as mulheres da equipe que se identificaram com os sinais e sintomas característicos da fase climatérica, promovendo situações de troca de experiências e conhecimentos sobre este período.

No dia 29 de setembro de 2004 ocorreu uma reunião no CS com a presença da coordenadora, funcionários e estagiários, para discutir questões relativas ao funcionamento do

CS do Saco Grande. Nesta ocasião, nos reapresentamos, expondo os objetivos do trabalho e convidamos as mulheres com mais de 35 anos de idade a participarem das consultas ou oficinas de climatério. Nas duas oficinas realizadas sobre o climatério houve a participação de funcionárias do CS e de agentes comunitárias de saúde da área de abrangência do CS.

Este objetivo foi alcançado, pois sensibilizamos a equipe de saúde sobre a importância da realização do trabalho e contamos com a colaboração e participação dos profissionais nas atividades desenvolvidas no campo de estágio, referentes à saúde da mulher que vivencia o climatério. Assim, concluímos que houve integração das acadêmicas com a equipe multiprofissional do CS do Saco Grande.

Objetivo específico 2 – Divulgar o trabalho a ser realizado no Centro de Saúde do Saco Grande, voltado para a saúde da mulher climatérica, por meio das consultas de enfermagem e oficinas sobre o tema, conduzidos pelas acadêmicas.

Como já foi mencionado anteriormente, através da apresentação da proposta e objetivos do projeto conseguimos sensibilizar os profissionais do Centro de Saúde sobre a importância da realização do estágio com as mulheres climatéricas e obter a participação dos funcionários no desenvolvimento das atividades.

A divulgação da prática assistencial ocorreu por meio de cartazes, que foram fixados no Centro de Saúde e área de abrangência divulgando e informando a agenda de marcação de consulta de enfermagem para mulheres com 35 anos ou mais de idade, que desejassem realizar o exame preventivo de câncer cérvico-uterino e de mamas e obter informações sobre o climatério. Também distribuímos convites (apêndice 04) durante as consultas de enfermagem, salas de espera do CS e às agentes comunitárias de saúde, para que entregassem às mulheres climatéricas de sua área de atuação. Além disso, no dia anterior da realização de cada oficina, telefonávamos para as mulheres que haviam participado das consultas de enfermagem e/ou participaram da 1ª oficina sobre climatério, para lembrá-las a data e horário de realização das oficinas no CS.

Conforme as estratégias estabelecidas, confeccionamos materiais didáticos sobre autocuidado da mulher que vivencia o climatério como: cartazes (apêndice 05), folders (apêndice 06), apostila com informações sobre fitohormônios e receitas à base de soja (apêndice 07). Esses materiais foram disponibilizados no CS, de modo que pudessem ser

visualizados pelo nosso público alvo, além disso, foram distribuídos durante as consultas de enfermagem, sala de espera e oficinas realizadas.

Com o intuito de dar continuidade à prática assistencial desenvolvida, disponibilizamos o material confeccionado aos profissionais do CS e entregamos à enfermeira Marcia S. Del Castanhel, para que possa distribuí-los às mulheres com 35 anos ou mais de idade, durante as atividades no CS.

Este objetivo foi plenamente alcançado, pois conseguimos mobilizar as mulheres climatéricas para participarem das consultas de enfermagem e oficinas de climatério realizadas durante a prática assistencial. A distribuição dos materiais explicativos sobre a saúde e o autocuidado da mulher que vivencia o climatério foi essencial para a compreensão das mulheres sobre esta fase. Estas demonstraram grande interesse pelo material disponibilizado.

Objetivo específico 3 - Realizar consultas de enfermagem às mulheres na fase do climatério, no Centro de Saúde do Saco Grande, detectando os déficits de autocuidado com relação a esta fase.

Durante o estágio realizamos 62 consultas de enfermagem, sendo que 07 consultas foram especificamente relacionadas ao climatério e as demais, relacionadas ao exame preventivo de câncer cérvico-uterino e de mamas.

Para realizar as consultas de enfermagem nos inserimos na agenda da enfermeira Marcia S. Del Castanhel, supervisora da prática assistencial e porventura, na agenda da enfermeira do Centro de Saúde do Saco Grande, Marli de Aquino.

Os atendimentos priorizavam a assistência às mulheres a partir dos 35 anos de idade, mas não nos impedia de prestar atendimento a outras faixas etárias, uma vez que atendíamos conforme a demanda do serviço.

No momento inicial das consultas apresentamos às mulheres nossa proposta assistencial, enfocando o climatério e no decorrer destas, utilizamos os conceitos e pressupostos da Teoria do Autocuidado de Orem para conduzir nossa assistência.

Durante as consultas procuramos promover um ambiente acolhedor, oferecendo balas às mulheres atendidas, mantendo a sala organizada e limpa, cobrindo com lençóis as pernas

das mulheres no momento de colher o material para o preventivo, além de permanecermos cordiais, alegres e assumirmos uma postura profissional ética.

As mulheres demonstraram sentirem-se à vontade, dialogando sobre seus sentimentos em relação ao processo de vida, sexualidade, saúde e fazendo questionamentos sobre estes assuntos, na qual atendemos prontamente suas reivindicações.

Nas consultas do preventivo oferecíamos um espelho às mulheres que desejassem, para visualizar seu colo do útero. Algumas clientes não quiseram ver, outras, porém, se interessavam e ficavam surpreendidas ao visualizar seu colo uterino. Duas clientes exclamaram “Nossa! É um lugar fundo!”, outra mulher referiu “Então o colo do útero é isso?”, demonstrando o déficit de conhecimento sobre esta região e a falta de oportunidade de visualização do colo do útero na maioria dos consultórios ginecológicos. Deixamos o espelho no consultório, para que outros profissionais possam futuramente realizar este trabalho.

Algumas mulheres choraram quando expressaram suas dificuldades e foram imediatamente acolhidas por nós no desenvolvimento da prática assistencial. Uma destas mulheres foi L., 32 anos, que sofria de violência doméstica, do tipo psicológica, perpetrada pelo marido. L. entrou no consultório chorando e referiu “Vocês têm que me ajudar! Eu não agüento mais o que o meu marido está fazendo comigo! Ele é ciumento demais e não me deixa nem sair de casa!”. Após a consulta, elucidamos o caso para a enfermeira Marcia Del Castanhel e encaminhamos L. para um serviço gratuito de atendimento à vítima de crime.

Um outro caso que nos marcou e necessitou de uma abordagem especialmente acolhedora, foi o de D., 24 anos, casada há 4 anos, apresentando lesões verrucosas na genitália externa provocada por Papiloma Vírus Humano (HPV). Após orientarmos sobre o que causava aquelas verrugas, D. exclamou aparentando nervosismo “Então, se é uma doença sexualmente transmissível, eu peguei do meu marido, não é? Porque eu nunca tive outro homem e estou casada há 4 anos! Ele vai ver quando eu chegar em casa!”. Como o tempo da consulta não permitia, orientamos D. em outra sala, explicando-lhe as questões envolvidas nesta doença e encaminhamos esta cliente para o Centro de Saúde do Centro, com especialidade em tratamento de DST's.

Das alterações significativas durante a realização dos exames preventivos, detectamos casos de alterações celulares características de ectopia, presença clínica do HPV, além de secreções características de candidíase, gardnerela, dentre outros.

Também observamos nesta etapa, os déficits de conhecimento e autocuidado sobre saúde, principalmente, na fase do climatério, das mulheres que fizeram parte da prática assistencial. Os déficits mais frequentes relacionavam-se ao auto-exame de mamas, o significado do climatério, sinais e sintomas e cuidados necessários nesta fase.

Convidamos as mulheres com 35 anos ou mais de idade, atendidas nas consultas de enfermagem, para responder o questionário elaborado, explicando nosso interesse em conhecer seu perfil e saber quais assuntos que gostariam de discutir nas oficinas sobre o climatério, sempre reforçando o sigilo de identidade na publicação dos dados coletados.

Utilizamos ainda, os momentos das consultas para divulgar e convidar estas mulheres a participarem das oficinas sobre o climatério. Oferecíamos ainda, a possibilidade de agendarem uma consulta com abordagem específica de climatério.

Em relação às consultas específicas de climatério, atendemos 07 mulheres, sendo que aplicamos integralmente os processos de enfermagem de Orem para duas mulheres. Durante estas consultas, em que questionávamos às mulheres sobre o significado do climatério, a maioria relatou “Não sei o que isto significa”. Após explicarmos seu significado, uma cliente exclamou “Achei que eu estava na menopausa, mas agora entendi que eu estou no climatério!”.

Identificamos, através destas consultas, dificuldades para vivenciar esta fase e déficits de conhecimento sobre o significado do climatério; sinais e sintomas característicos desta fase; alterações emocionais, físicas e sociais que podem interferir na vida da mulher neste período; modificações no relacionamento com o companheiro e na sexualidade; além de déficits de autocuidado relacionados à saúde, tais como: dieta e ingesta hídrica adequadas, prática de exercícios físicos, exames periódicos, atividades de lazer, cuidados durante a exposição solar, tratamento dos sinais e sintomas do climatério, através da terapia de reposição hormonal ou uso de fitohormônios.

Interagimos com as mulheres climatéricas, compartilhando conhecimentos e abordando os assuntos relativos ao climatério de forma que as mulheres se sentissem à vontade e confiantes em relação a nossa prática assistencial.

Após identificarmos os déficits de autocuidado individuais, proporcionávamos às mulheres, orientações específicas para o autocuidado, esclarecendo as dúvidas relacionadas ao tema.

Constatamos que, aproximadamente 50% das mulheres com 35 anos ou mais de idade atendidas nas consultas de enfermagem participaram das oficinas sobre o climatério. Dentre estas, algumas marcaram retorno para consulta específica sobre o climatério. Assim, caracterizamos o objetivo como alcançado, pois sensibilizamos as mulheres sobre o trabalho que estávamos realizando, através das consultas de enfermagem do preventivo e consultas de abordagem específica sobre o climatério, além das oficinas para discussão e vivência desta fase, enfocando o autocuidado.

Objetivo específico 4 – Propor, aplicar e avaliar o processo de assistência de enfermagem, fundamentado na Teoria do Autocuidado de Dorothea Orem, a mulheres climatéricas, que forem atendidas nas consultas de enfermagem.

Selecionamos duas mulheres que atendemos nas consultas de enfermagem para a prevenção e detecção precoce do câncer cérvico-uterino e de mamas, na qual identificamos déficits de autocuidado. Estas mulheres demonstraram grande interesse em compartilhar experiências e aprofundar seus conhecimentos sobre saúde na fase do climatério.

As mulheres selecionadas aceitaram a proposta para aplicarmos o processo de assistência de enfermagem, fundamentado na Teoria do Autocuidado de Orem, após expormos nossos objetivos. Para tanto, marcamos consulta de enfermagem específica de climatério, em que utilizamos um instrumento (apêndice 02) baseado no processo de enfermagem de Orem adaptado por Santos (1991).

Neste instrumento constavam dados sobre a identificação da cliente, requisitos de autocuidado universais, desenvolvimentais e de desvio de saúde. Após a coleta destes dados especificávamos quais eram os déficits de autocuidado e os classificávamos de acordo com os requisitos de autocuidado de Orem. Além disso, definíamos os sistemas de enfermagem para cada déficit e traçávamos o plano de assistência, para então realizarmos as ações de enfermagem.

Desenvolvemos os dois processos integrais e utilizamos algumas etapas do processo de enfermagem às demais mulheres climatéricas que participaram das consultas, seguindo os conceitos e pressupostos de Orem, trocando conhecimentos, discutindo e orientando as mulheres para o autocuidado na fase do climatério.

As mulheres que participaram da prática assistencial nos processos de enfermagem de Orem, vivenciaram pelo menos uma oficina de climatério, o que fez com que sedimentassem as informações sobre saúde, climatério e bem-estar.

Passamos a descrever a seguir, os dois processos de enfermagem aplicados integralmente às mulheres que vivenciam o climatério. Consideramos assim este objetivo alcançado.

Primeiro Processo de Enfermagem segundo Orem (Adaptado por Santos, 1991)

1 - Identificação

Nome: C.

Idade: 50 anos

Escolaridade: primeiro grau completo

Profissão: cozinheira

Estado civil: casada

Número de filhos: dois

Endereço (com referência): Pedra de Listra, bairro Saco Grande

Telefone: -

2 – Requisitos de Autocuidado

2.1 Requisitos Universais

➤ Manutenção de influxo suficiente de ar;

Relata não ter dificuldades respiratórias, nem doenças relacionadas a este sistema. Considera o ar inspirado de boa qualidade, com menos poluição, pois mora em local arborizado. Nega ser fumante ou ter qualquer hábito ou vício que interfira na respiração. Conhece os efeitos maléficos do fumo para a saúde do fumante e para outras pessoas que convivem com ele. Eupnéica, com frequência respiratória de 24 mrm. Adequada expansão pulmonar e perfusão das extremidades.

➤ Manutenção de influxo suficiente de água;

Relata ingerir em média dois litros de líquidos por dia. Conhece a importância de ingerir grande quantidade de líquidos diariamente para manter a saúde. Prefere sucos, chás e, especialmente, a água. Apresenta pele e mucosas coradas e hidratadas.

➤ **Manutenção de influxo suficiente de alimentos;**

No período da manhã alimenta-se com 1 xícara de café com leite não adoçado, 1 pão ou 3 bolachas água e sal e 1 ou 2 frutas, de preferência banana. Ao meio-dia ingere salada com 2 tipos diferentes de verduras, como: chuchu, cenoura, rúcula, agrião, cebola; feijão; arroz; carne vermelha cozida ou peixe. À tarde não se alimenta. À noite ingere caldo de feijão ou sopa ou um copo de leite ou uma fruta.

Prefere as verduras e frutas e ingere estes alimentos todos os dias. Tem conhecimento de que as frutas, verduras verdes como radiche, rúcula, alface e repolho, queijos, soja e seus derivados como o leite, são importantes fontes de nutrientes necessários para a mulher que está no climatério. Conhece a existência de nutricionistas no Centro de Saúde. Apresenta, atualmente, um peso de 87,700 kg e tem 1,54 m de altura. Está obesa, pois apresenta um IMC (Índice de Massa Corpórea) de 37.

➤ **Provisão de cuidados associados com os processos de eliminação e excreção;**

Refere evacuar duas vezes por dia, de manhã e à noite, fezes de consistência e coloração normais. Relata hemorróida, porém o desconforto provocado melhorou após realizar alguns cuidados com a alimentação, tais como: evitar pimenta e alimentos condimentados. Tem conhecimento da importância da ingestão alimentar e hídrica em relação às eliminações. Refere urinar várias vezes ao dia com coloração e aspecto normais. Tem incontinência urinária aos esforços e este fato a incomoda. Gostaria de fazer a colpoperineoplastia, mas acha difícil conseguí-la pelo SUS. Conhece os cuidados de higiene necessários para prevenir infecções vaginais e urinárias. Apresenta adequados hábitos de higiene relacionados aos processos de eliminação e excreção.

➤ **Manutenção de equilíbrio entre atividade e repouso;**

Refere realizar as tarefas domésticas sem auxílio de outra pessoa. Uma vez por semana atua em trabalhos voluntários e quatro vezes por semana participa de culto evangélico.

Atualmente, retornou às suas atividades de cozinheira, fazendo doces e salgados no lar por encomenda. Realiza atividades de lazer como passear, conversar com amigos e familiares, sair nos finais de semana para almoçar com o marido e a filha. Relata dormir bem, aproximadamente sete horas por noite. Realiza atividades físicas como caminhadas, cinco vezes por semana, com duração de uma hora cada. Utiliza tênis e roupas leves, elásticas e confortáveis durante as atividades físicas.

➤ **Manutenção do equilíbrio de recolhimento e integração social;**

A renda mensal aproximada da família é de 1000 (mil) reais e provém de aluguéis de propriedades, além dos doces e salgados que, eventualmente, faz por encomenda. O marido é alcoolista e não trabalha. Mora com o marido de 57 anos de idade e a filha de 5 anos de idade. Relata manter bom relacionamento familiar, especialmente com a sogra de 79 anos, pois cuida dela quase todos os dias. Mantém vínculos de amizade com muitas pessoas da comunidade do Saco Grande e reconhece a importância das amizades para o bem-estar pessoal.

➤ **Promoção do funcionamento e desenvolvimento normais (aspecto geral funcional);**

Bom aspecto e estado geral, com sinais vitais estáveis (frequência cardíaca de 76 bpm, pressão arterial de 110/80 mmHg). Glicemia capilar de 118 mg/dl. Refere ser hipertensa, porém a doença está controlada, pois está fazendo o tratamento com medicações, mantém alimentação com pouco sal e realiza exercícios físicos regularmente, conforme o médico orientou. Utiliza o serviço de saúde para prevenir e tratar doenças, realizando o exame preventivo, mamografia, exames laboratoriais, verificando a pressão etc. Nega tabagismo ou etilismo. Nega alergias.

➤ **Prevenção de riscos à vida, ao funcionamento e bem-estar.**

Seu domicílio localiza-se na Pedra de Listra, bairro Saco Grande, apresenta 6 cômodos, água encanada, luz elétrica, eletrodomésticos, telefone. Mora com o marido e a filha de 5 anos de idade. Utiliza ônibus e o carro próprio que o marido dirige (não sabe dirigir) como meio de transporte. Não possui animais domésticos. Refere que a renda de 1000 reais mensais custeia os gastos familiares. Conhece a necessidade de prevenir situações de risco à vida, funcionamento e bem-estar para si e para sua família, principalmente sua filha, que

ainda é criança e sua sogra, que é uma senhora idosa e doente. Sai com as amigas, participa de reuniões familiares, do grupo de climatério do Centro de Saúde do Saco Grande, do voluntariado e dos cultos na igreja.

2.2 Requisitos Desenvolvimentais

➤ Aspectos relativos à história ginecológica

- menarca: 15 anos de idade;
- primeira relação sexual: 23 anos de idade;
- número de filhos: 2 (dois), 1 rapaz de 25 anos e uma menina de 5 anos;
- número de gestações: II (duas);
- tipos de partos: um parto normal e uma cesariana;
- abortos: 0 (zero);
- método contraceptivo: não utiliza;
- amamentação: não está amamentando, porém amamentou seus filhos;
- problemas mamários: sente ardência tipo queimação na mama esquerda, no entanto, nega alterações mamárias através do auto-exame das mamas e resultado da última mamografia há 2 anos;
- regularidade do ciclo menstrual: ciclo regular;
- fluxo menstrual: fluxo de 5 dias e intenso;
- data da última menstruação: 13/09/2004;
- realização de alguma cirurgia ginecológica: conização há 7 anos devido ao resultado do exame preventivo ter demonstrado alterações;
- sexualidade: não apresenta desejo sexual, pois o marido é alcoolista e está freqüentemente sujo e embriagado. Refere não sentir prazer durante as relações sexuais. Porém, relata que sua sexualidade não a preocupa, nem incomoda;
- dispareunia: nega;
- menopausa: não está na menopausa.

➤ Aspectos motivacionais

- Porque procurou o Centro de Saúde do Saco Grande?

Veio ao CS do Saco Grande para realizar o exame preventivo de câncer cérvico uterino e de mamas.

- Como se sente na fase do climatério? Gosta de si mesma?

Sente muitas mudanças, como a depressão, pois sabe que a depressão tem relação com a fase do climatério que está vivendo. Sente que a pele está mais seca, o cabelo ficou ruim, as unhas estão diferentes. Engordou, chora sem motivo, sente-se triste e mais nervosa. Sente coceira na vulva e nos pés, além de sentir muito calor nos mesmos. Gosta de si mesma.

- Tem interesse pelo funcionamento do seu corpo?

Sim. Está sempre procurando aprender coisas novas.

- O que você sabe sobre o climatério?

Sabe que o climatério tem relação com a menopausa, mas que ainda não é a menopausa.

- O que você acha desta fase (climatério)?

Uma fase de muitas mudanças, tanto no corpo como na mente.

- Enfrenta dificuldades com relação a este período? Quais?

Sim. Principalmente a depressão.

- Realiza algum cuidado específico para minimizar estas dificuldades?

Sim. Tratamento para depressão, cuida da alimentação, faz exercícios físicos regularmente.

- Você participa de algum grupo específico de saúde da mulher ou de climatério?

Sim. Do grupo de climatério do Centro de Saúde do Saco Grande.

- Quais os temas que gostaria de discutir em oficinas sobre o climatério?

Todos os assuntos.

➤ Aspectos cognitivos

- Tem dúvidas a respeito desta fase? Quais?

Não.

- Realiza algum cuidado específico ao período que vivencia? Qual?

Faz exame preventivo anualmente, auto-exame das mamas mensalmente, mamografia, exames de laboratório para verificar colesterol e diabetes, cuida da alimentação e reduziu o sal da dieta.

- Você sabe quais alimentos são importantes na fase do climatério?

Sabe que as verduras verdes e as frutas são importantes, como: radiche, rúcula, alface, repolho. O queijo e a soja também são importantes.

- Procurou algum profissional do Centro de Saúde para obter informações sobre esta fase? Que profissional?

Não.

- O que seu companheiro pensa sobre a fase que você está vivenciando?

O marido é alcoolista, percebe pouco as mudanças. Gostaria que o marido se tratasse, porém ele não aceita tratamento.

- Tem interesse em trocar conhecimentos e experiências sobre o climatério para potencializar a capacidade de cuidar-se nesta fase?

Sim.

- Crenças, costumes e tradições com relação ao climatério;

Não possui.

2.3 Desvio de Saúde

- Realiza exame preventivo de câncer cérvico-uterino e de mamas periodicamente? Com que frequência?

Realiza-os anualmente.

- Faz o auto-exame de mamas? Quando, como, frequência.

Sim. Faz mais de uma vez por mês, sempre que lembra. Sabe que deve palpar as mamas na procura de algum caroço.

- Como se sente no período do climatério?

Atualmente, sente-se melhor, pois a depressão está controlada. Realizou o tratamento com antidepressivo por um mês, porém parou de tomar o remédio, porque se sente bem. Tem consulta marcada com psiquiatra e sabe que terá que voltar a se tratar com remédios.

- Faz terapia de reposição hormonal?

Não.

- Utiliza algum fitohormônio/fitoestrógeno?

Sim. Isoflavona em cápsulas que compra na farmácia.

- Realiza exercícios físicos? Com que frequência e duração?

Sim. Caminhadas 5 vezes por semana, com duração de uma hora cada.

- Realiza algum cuidado:

- Com a pele? Utiliza protetor solar e/ou hidratante?

Sim. Protetor solar quando se expõe ao sol e hidratante no rosto e corpo todos os dias.

- relacionado à atividade sexual? Utiliza lubrificantes vaginais?

Não.

- para o fortalecimento do períneo? Faz exercícios específicos?

Não.

- com a alimentação? Faz alguma dieta?

Sim. Dieta com pouco sal relacionada à hipertensão, sem frituras e com muitas frutas e verduras.

- Apresenta sinais e sintomas relacionados ao climatério, tais como:

- | | | |
|-------------------------------|--------------------------------------|------------------------------|
| () Ondas de calor (Fogachos) | (X) Fadiga | (X) Perda de memória |
| () Sudorese | (X) Irritabilidade | (X) Insônia |
| (X) Palpitação | (X) Cefaléia | (X) Queda de cabelo |
| (X) Tontura | (X) Depressão | (X) Pele seca |
| () Dispareunia | (X) Secura vaginal | (X) Incontinência urinária |
| () Cardiopatias | () Osteoporose | (X) Obesidade |
| (X) Diminuição da libido | (X) Alterações na atividade sexual | |

DIAGNÓSTICO E PRESCRIÇÃO DÉFICITS DE COMPETÊNCIA PARA O AUTOCUIDADO		PROJEÇÃO E PLANEJAMENTO DO SISTEMA DE ENFERMAGEM		INICIAÇÃO	PROVISÃO
ESPECIFICAÇÃO	CLASSIFICAÇÃO	SISTEMA DE ENFERMAGEM	PLANO DE ASSISTÊNCIA	AÇÃO DE ENFERMAGEM	CONTROLE DE ASSISTÊNCIA
Déficits de conhecimento sobre a importância da dieta adequada no climatério.	Requisito de autocuidado universal.	Sistema de suporte educativo.	Compreender que deve fazer uma refeição leve durante o período da tarde.	Esclarecer sobre a importância de realizar um lanche à tarde ingerindo alimentos saudáveis.	Pretende acrescentar uma refeição leve à tarde na sua dieta.
Obesidade.	Requisito de autocuidado universal/Desvios de Saúde.	Sistema de suporte educativo.	Compreender que o aumento de peso pode ser uma consequência do hipoestrogenismo do climatério, de uma dieta hipercalórica e/ou de uma disfunção hormonal.	Esclarecer sobre a necessidade de uma dieta hipocalórica para emagrecer. Encaminha-la ao nutricionista e ao clínico geral do CS para avaliação e maiores esclarecimentos da sua dieta e solicitar requisição de exame para dosagens hormonais.	Relata já realizar uma dieta hipocalórica. Pretende marcar consultas médica e com nutricionista para outras avaliações de sua dieta e obter requisição de exames.
Presença de hemorróida.	Requisito de autocuidado universal.	Sistema de suporte educativo.	Compreender o que é hemorróida e quais são as formas de amenizar o desconforto provocado por ela.	Reforçar as orientações para manter uma dieta rica em fibras, com pouco condimentos, associada a grande ingestão hídrica. Orientar para a higienização adequada da região anal após evacuações, evitando papel higiênico áspero. Orientar para que procure um médico caso o desconforto piore.	Relata que manterá a dieta rica em fibras e pouco condimentada, com grande ingestão hídrica e realizará a higiene adequada na região. Refere que irá procurar um médico em caso de piora.
Alteração do padrão de	Requisito de autocuidado	Sistema de suporte	Compreender a relação existente	Orientar sobre a relação entre	Relata que praticará os

eliminação urinária.	universal.	educativo.	entre a incontinência urinária aos esforços e o hipoestrogenismo relacionado à fase climatérica; o que são os exercícios para fortalecimento do períneo, como são praticados e qual sua importância.	incontinência urinária e climatério e sobre a realização dos exercícios para fortalecer o períneo e musculatura pélvica. Encaminhar para um clínico geral ou ginecologista para avaliar a necessidade e possibilidade de realizar a colpoperineoplastia através do SUS.	exercícios para fortalecimento do períneo regularmente e que consultará com o médico para avaliar a possibilidade de cirurgia pelo SUS.
Dificuldade de relacionamento com parceiro pelo fato deste ser alcoolista.	Requisito de autocuidado universal.	Sistema de suporte educativo.	Expressar seus sentimentos em relação a esta situação e compreender que, muitas vezes, o alcoolista não admite que está doente e precisando de tratamento.	Estimular o diálogo com o parceiro e explicar que precisa procurar ajuda para se tratar.	Admite que já tentou convencê-lo de que precisa de tratamento e não adiantou. Mas continuará tentando, pois quer o seu bem e de sua família.
Déficits de conhecimento sobre a importância do uso de métodos anticoncepcionais	Requisito de autocuidado universal.	Sistema de suporte educativo.	Adquirir conhecimento sobre a importância de utilizar algum método anticoncepcional mesmo estando no climatério.	Orientar sobre os tipos de métodos anticoncepcionais e esclarecer sobre a possibilidade de engravidar mesmo estando no climatério.	Refere que apesar de manter relações sexuais raramente utilizará algum método anticoncepcional durante as relações.
Alteração sensorial mamária.	Requisito de autocuidado desenvolvimental.	Sistema de suporte educativo.	Compreender a importância de realizar a mamografia anualmente, a partir dos 50 anos de idade, para detectar precocemente	Orientar a adequada forma de realização, o período, a periodicidade do AEM, além de sua importância. Solicitar mamografia para	Relata que realizará a mamografia solicitada e permanecerá realizando o AEM e a mamografia nos períodos

			CA de mama; realizar o auto-exame das mamas (AEM) mensalmente.	um médico do CS e esclarecer a importância de realizar anualmente este exame.	orientados.
Alteração do fluxo menstrual	Requisito de autocuidado desenvolvimental.	Sistema de suporte educativo.	Adquirir conhecimento sobre as modificações da intensidade do fluxo menstrual relacionadas ao climatério	Orientar sobre a relação existente entre as modificações de intensidade do fluxo menstrual e as alterações hormonais características do climatério.	Refere que está entendendo a relação da fase do climatério com as mudanças no corpo.
Alteração nos padrões de sexualidade.	Requisito de autocuidado desenvolvimental.	Sistema de suporte educativo.	Ampliar conhecimento sobre a importância de manter uma vida sexual prazerosa e amorosa e a relação entre as alterações de sexualidade e a fase do climatério. Expressar seus sentimentos sobre a sexualidade com o marido.	Orientar sobre a importância da sexualidade no climatério. Estimular para que expresse suas dificuldades sexuais e mantenha um diálogo aberto com seu parceiro sobre elas.	Apesar de achar importante ter uma vida sexual prazerosa sabe que, enquanto seu marido não se tratar do alcoolismo, não terá melhora desta situação.
Controle ineficaz do regime terapêutico individual.	Desvio de Saúde.	Sistema de suporte educativo.	Compreender que a depressão é uma doença que precisa ser tratada com medicação durante o tempo estipulado pelo médico (6 meses), para que se obtenha seu controle e cura.	Orientar o que é a depressão, qual sua fisiologia; estimular e orientar para que siga o tratamento da depressão corretamente, pelo tempo estipulado na prescrição médica, caso contrário poderá apresentar recidiva da doença.	Sabe que o psiquiatra não achará certo o que fez, mas queria se testar para ver se a doença voltava. Sabe que está errado, irá na consulta e continuará o tratamento com remédio.

Segundo Processo de Enfermagem segundo Orem (Adaptado por Santos, 1991)

1 - Identificação

Nome: D.

Idade: 41 anos

Escolaridade: primeiro grau incompleto

Profissão: camareira

Estado civil: casada

Número de filhos: cinco

Endereço (com referência): Rua: Coimbra, bairro Saco Grande

Telefone: -

2 – Requisitos de Autocuidado

2.1 Requisitos Universais

➤ Manutenção de influxo suficiente de ar;

Relata não ter dificuldades respiratórias, nem doenças relacionadas a este sistema. Considera o ar inspirado de boa qualidade. Nega ser tabagista ou ter qualquer hábito ou vício que interfira na respiração. Conhece os efeitos maléficos do fumo, podendo favorecer o aparecimento de câncer. No local de trabalho relata que o ar respirado é puro, livre de agentes poluentes. Eupnéica, com frequência respiratória de 20 mrm. Adequada expansão pulmonar e perfusão das extremidades.

➤ Manutenção de influxo suficiente de água;

Relata ingerir em média dois litros de líquido por dia. Considera importante ingerir água para repor as perdas diárias de líquidos do organismo. Prefere sucos e água. Não gosta de refrigerantes, nem de bebidas alcoólicas. Apresenta pele e mucosas coradas e hidratadas.

➤ Manutenção de influxo suficiente de alimentos;

No período da manhã alimenta-se com 1 xícara de café com leite e açúcar, 1 sanduíche de pão caseiro com margarina ou nata. No almoço ingere arroz; feijão; carne (principalmente frango e bife bovino); salada variada durante a semana. Ela mesma prepara o almoço.

Prefere as verduras como repolho, espinafre, tomate, chuchu, couve ou beterraba e frutas como banana, maçã, mamão. Ingere estes alimentos todos os dias. O lanche da tarde se compõe de uma porção de bolacha ou um sanduíche com mortadela ou salada de frutas. No jantar come carne de frango ou salsicha com pão. Na ceia toma um copo de leite com uma porção de bolachas.

Tem conhecimento de que para obter uma alimentação adequada precisa ingerir verduras e vegetais e diminuir as frituras. Desconhece as fontes de vitaminas e os programas de auxílio nutricional oferecido pelo CS. Apresenta, atualmente, um peso de 53,200 kg e tem 1,56 m de altura. Apresenta um IMC (Índice de Massa Corpórea) de 21.9, dentro dos padrões de normalidade.

➤ **Provisão de cuidados associados com os processos de eliminação e excreção;**

Refere evacuar uma vez por dia, geralmente no período da manhã, fezes de consistência e coloração normais. Nega presença de hemorróidas. Tem conhecimento da importância da ingestão alimentar e hídrica em relação às eliminações. Refere urinar várias vezes ao dia com coloração e aspecto normais. Apresenta incontinência urinária aos esforços. Conhece os cuidados de higiene necessários para prevenir infecções vaginais e urinárias. Apresenta adequados hábitos de higiene relacionados aos processos de eliminação e excreção.

➤ **Manutenção de equilíbrio entre atividade e repouso;**

Refere gostar de realizar as tarefas domésticas e tem o auxílio da filha. Trabalha como camareira de um hotel, das 15:00h às 23:00h, de segunda à sexta-feira. Seu marido aceita e apóia que a mesma trabalhe fora do âmbito doméstico, ajudando na renda familiar.

Relata sono profundo. Dorme aproximadamente seis horas por noite. Reconhece a importância de ter uma boa noite de sono para manter o equilíbrio. Atualmente não realiza atividades físicas como caminhadas, porque está trabalhando e refere falta de tempo.

➤ **Manutenção do equilíbrio de recolhimento e integração social;**

A renda mensal aproximada da família é de 1800 (mil e oitocentos) reais e provém do seu salário juntamente com o do marido, além da ajuda dos dois filhos mais velhos que trabalham. Mora com o marido de 50 anos de idade, uma filha de 12 anos e quatro filhos com 20, 17, 10 e 04 anos, respectivamente. Relata manter bom relacionamento com sua família e a família do marido. Mantém vínculos de amizade com colegas de trabalho e reconhece a importância das amizades para o bem-estar pessoal.

Realiza poucas atividades de lazer, apenas visita parentes em seus domicílios, pois D. sente-se envergonhada em se expor publicamente devido ao problema de dicção que apresenta.

➤ **Promoção do funcionamento e desenvolvimento normais (aspecto geral funcional);**

Bom aspecto e estado geral, mucosas coradas e hidratadas, apresentando sinais vitais estáveis (frequência cardíaca de 72 bpm, pressão arterial de 120/80 mmHg). Nega problemas de saúde. Utiliza o serviço de saúde para exame preventivo ou quando algum familiar adoece. Realiza o auto-exame de mamas mensalmente.

➤ **Prevenção de riscos à vida, ao funcionamento e bem-estar.**

Seu domicílio localiza-se na rua Coimbra, bairro Saco Grande. Apartamento próprio no andar térreo, construção de alvenaria e está dividido em 03 quartos, 01 sala, 01 banheiro, 01 cozinha, 01 lavanderia e garagem. Possui água encanada, luz elétrica, eletrodomésticos, telefone. O local apresenta condições de higiene adequadas, boa aeração, iluminação, sem sinais de umidade, com temperatura agradável. Mora com o marido e cinco filhos. Não possui animais domésticos. Refere que a renda aproximada de 1800 reais mensais custeia os gastos familiares. Conhece a necessidade de prevenir situações de risco à vida, funcionamento e bem-estar para si e para sua família. Gosta de participar de reuniões familiares em sua casa nos finais de semana. Utiliza ônibus como meio de transporte.

2.2 Requisitos Desenvolvimentais

➤ **Aspectos relativos à história ginecológica**

- menarca: 12 anos de idade;
- primeira relação sexual: 19 anos de idade;
- número de filhos: 05 (cinco), 04 rapazes de 20, 17, 10 e 04 anos, respectivamente e uma menina de 12 anos;
- número de gestações: V (cinco);
- tipos de partos: todos partos normais;
- abortos: 0 (zero);
- método contraceptivo: pílula anticoncepcional (Evanor);
- amamentação: não está amamentando, porém amamentou todos seus filhos;
- problemas mamários: não apresenta problemas mamários;
- regularidade do ciclo menstrual: ciclo regular;
- fluxo menstrual: fluxo de média intensidade;
- data da última menstruação: 25/08/2004;
- realização de alguma cirurgia ginecológica: não realizou cirurgia ginecológica;
- sexualidade: diminuição do desejo sexual, refere estar casada há 21 anos e sente que o marido não é carinhoso como antigamente, o cansaço pelo trabalho também dificulta a relação;
- dispareunia: nega;
- menopausa: não está na menopausa.

➤ Aspectos motivacionais

- Porque procurou o Centro de Saúde do Saco Grande?

Veio ao CS do Saco Grande para realizar o exame preventivo de câncer cérvico-uterino e de mamas.

- Como se sente na fase do climatério? Gosta de si mesma?

Sente muitas alterações no corpo tais como: pele ressecada, cabelos brancos, secura vaginal. Sente-se menos desejável. Chora sem motivo, sente-se triste e mais nervosa.

- Tem interesse pelo funcionamento do seu corpo?

Sim.

- O que você sabe sobre o climatério?

Não sabe nada sobre o climatério. Sabe poucas coisas sobre a menopausa.

- O que você acha desta fase (climatério)?

Acha que está ocorrendo muitas mudanças, tanto no corpo como na mente. Mas não tem certeza do porquê dessas mudanças.

- Enfrenta dificuldades com relação a este período? Quais?

Sim. Calorões e choro freqüente, sem motivo.

- Realiza algum cuidado específico para minimizar estas dificuldades?

Não.

- Você participa de algum grupo específico de saúde da mulher ou de climatério?

Participou da primeira oficina de climatério. Não pode vir na segunda, porque agora está trabalhando no período da tarde.

- Quais os temas que gostaria de discutir em oficinas sobre o climatério?

Como se sentir melhor.

➤ Aspectos cognitivos

- Tem dúvidas a respeito desta fase? Quais?

Sim, em relação aos calorões e choros freqüentes.

- Realiza algum cuidado específico ao período que vivencia? Qual?

Faz exame preventivo anualmente, auto-exame das mamas mensalmente, procura não comer gordura como frituras.

- Você sabe quais alimentos são importantes na fase do climatério?

Não.

- Já procurou algum profissional do Centro de Saúde para obter informações sobre esta fase? Que profissional?

Não.

- O que seu companheiro pensa sobre a fase que você está vivenciando?

Quando fica triste e chora, o marido não pergunta o motivo, apenas se afasta e a deixa no quarto.

- Tem interesse em trocar conhecimentos e experiências sobre o climatério para potencializar a capacidade de cuidar-se nesta fase?

Sim.

- Crenças, costumes e tradições com relação ao climatério;

Não possui.

2.3 Desvio de Saúde

- Realiza exame preventivo de câncer cérvico-uterino e de mamas periodicamente? Com que frequência?

Realiza-os anualmente.

- Faz o auto-exame de mamas? Quando, como, frequência.

Sim. Faz uma vez por mês. Sabe que deve palpar as mamas na procura de algum caroço.

- Como se sente no período do climatério?

Pensativa em relação às mudanças que estão ocorrendo em sua vida, tanto fisicamente como emocionalmente. Acha que pode estar com depressão, porque chora sem motivo, às vezes não tem ânimo pra nada.

- Faz terapia de reposição hormonal?

Não.

- Utiliza algum fitohormônio/fitoestrógeno?

Não.

- Realiza exercícios físicos? Com que frequência e duração?

Não.

- Realiza algum cuidado:

- com a pele? Utiliza protetor solar e/ou hidratante?

Sim. Utiliza hidratante no corpo todos os dias. Não utiliza protetor solar.

- relacionado à atividade sexual? Utiliza lubrificantes vaginais?

Não.

- para o fortalecimento do períneo? Faz exercícios específicos?

Não.

- com a alimentação? Faz alguma dieta?

Sim. Dieta sem frituras e com frutas e verduras.

- Apresenta sinais e sintomas relacionados ao climatério, tais como:

- | | | |
|---|--|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> Ondas de calor (Fogachos) | <input checked="" type="checkbox"/> Fadiga | <input checked="" type="checkbox"/> Perda de memória |
| <input checked="" type="checkbox"/> Sudorese | <input checked="" type="checkbox"/> Irritabilidade | <input type="checkbox"/> Insônia |
| <input type="checkbox"/> Palpitação | <input checked="" type="checkbox"/> Cefaléia | <input type="checkbox"/> Queda de cabelo |
| <input type="checkbox"/> Tontura | <input checked="" type="checkbox"/> Depressão | <input type="checkbox"/> Pele seca |
| <input type="checkbox"/> Dispareunia | <input checked="" type="checkbox"/> Secura vaginal | <input checked="" type="checkbox"/> Incontinência urinária |
| <input type="checkbox"/> Cardiopatias | <input type="checkbox"/> Osteoporose | <input type="checkbox"/> Obesidade |
| <input checked="" type="checkbox"/> Diminuição da libido | <input checked="" type="checkbox"/> Alterações na atividade sexual | |

DIAGNÓSTICO E PRESCRIÇÃO DÉFICITS DE COMPETÊNCIA PARA O AUTOCUIDADO		PROJEÇÃO E PLANEJAMENTO DO SISTEMA DE ENFERMAGEM		INICIAÇÃO	PROVISÃO
ESPECIFICAÇÃO	CLASSIFICAÇÃO	SISTEMA DE ENFERMAGEM	PLANO DE ASSISTÊNCIA	AÇÃO DE ENFERMAGEM	CONTROLE DE ASSISTÊNCIA
Déficits de conhecimento sobre a importância da dieta adequada no climatério.	Requisito de autocuidado universal / desenvolvimental.	Sistema de suporte educativo.	Adquirir conhecimento sobre a importância da dieta adequada na fase que vivencia, com refeições balanceadas contendo verduras, legumes, frutas, pouca gordura, e alimentos ricos em cálcio, fibras e isoflavona, para diminuir os sintomas do climatério.	Orientar sobre a importância de preparar refeições que contenham componentes como soja, vegetais verde escuros, frutas, leite e derivados; Entregar apostila de receitas c/ soja elaborada pelas acadêmicas. Explicar que o CS possui atendimento com nutricionista, caso deseje obter informações mais detalhadas sobre alimentação.	Pretende acrescentar maior variedade de vegetais verde escuros em sua alimentação, além de introduzir a soja em sua dieta.
Não realiza atividade física.	Requisito de autocuidado universal.	Sistema de suporte educativo.	Compreender a necessidade de praticar exercícios físicos de 3 a 4 vezes por semana, durante 30-40 minutos cada, principalmente no climatério. Adquirir conhecimento sobre os efeitos benéficos dos	Esclarecer a importância e estimular a realização de exercícios físicos regularmente na fase do climatério. Orientar que os exercícios ajudam a combater a ansiedade e a depressão, além de melhorarem a	Relata que caminhava com uma amiga e sentia-se bem, mas parou porque começou a trabalhar. Porém, irá rever seus horários, pois pela manhã não trabalha e

			exercícios na saúde física e mental.	sensação de bem-estar e a auto-estima.	poderá voltar a se exercitar.
Interação social prejudicada devido ao problema de dicção.	Requisito de autocuidado universal.	Sistema de suporte educativo.	Compreender que apesar do problema de dicção, as pessoas conseguem entender com clareza o que fala pausadamente. Não deve supervalorizar seu problema, pois possui muitas qualidades que se sobressaem a ele. Deve pensar nestas questões e exercer suas potencialidades.	Incentivar a participação em grupos como o de climatério e a realizar atividades de lazer prazerosas com os amigos e família, sem enfatizar seu problema. Reforçar a importância das qualidades que possui e de quão fica pequeno seu problema de dicção dentre elas.	Refere que apesar de estar trabalhando no período vespertino, tentará participar das reuniões do grupo de climatério. Relata que irá pensar sobre o que foi conversado e tentará sair mais de casa e se divertir.
Alteração do padrão de eliminação urinária.	Requisito de autocuidado universal.	Sistema de suporte educativo.	Compreender a relação existente entre a incontinência urinária aos esforços e o hipo-estrogenismo relacionado à fase climatérica; o que são os exercícios para fortalecimento do períneo, como são praticados e sua importância.	Orientar sobre a relação entre incontinência urinária e climatério; e realização dos exercícios para fortalecer o períneo e musculatura pélvica. Encaminhar para consulta médica para avaliar a necessidade e possibilidade de realizar a colpoperineoplastia.	Relata que praticará os exercícios para fortalecimento do períneo regularmente e que consultará com o médico se o problema persistir ou houver piora do quadro.

Alteração nos padrões de sexualidade.	Requisito de autocuidado desenvolvimental.	Sistema de suporte educativo.	Adquirir conhecimento sobre as alterações hormonais que ocorrem no climatério e que podem influenciar na sexualidade. Expressar seus sentimentos em relação a sua sexualidade ao parceiro, para tentar criar mais companheirismo e equilíbrio no relacionamento do casal.	Explicar as alterações hormonais no climatério, que podem influenciar a libido e diminuir a lubrificação vaginal. Orientar para uso de lubrificantes, se necessário. Estimular o diálogo com o parceiro, explicando-lhe o que gostaria que melhorasse na relação, inclusive na sexualidade, além de perguntar o que ele pensa a respeito da relação do casal.	Refere que irá conversar com o parceiro abertamente, pois gostaria muito de expressar seus sentimentos e ouvir também seu parceiro para que a relação conjugal melhore.
Quadro depressivo.	Desvio de saúde.	Sistema de suporte educativo.	Compreender a relação entre os sintomas relatados e a depressão. Adquirir conhecimento sobre o que é a depressão e sua fisiopatologia. Compreender que necessita procurar ajuda médica no CS para receber tratamento.	Esclarecer que os sintomas presentes como choro frequente, desânimo e isolamento estão relacionados com a depressão. Orientar o que é a depressão, como e porque ela ocorre. Encaminhar para consulta médica no CS para diagnóstico e tratamento da depressão.	Relata que aprendeu sobre a depressão. Irá marcar consulta médica para avaliação de seu estado emocional.

Ressecamento cutâneo.	Requisito de autocuidado universal / Desvio de saúde.	Sistema de suporte educativo.	Compreender a importância de hidratar a pele diariamente e utilizar protetor solar evitando seu ressecamento, relacionando a diminuição da hidratação fisiológica da pele com o climatério.	Esclarecer que na fase do climatério ocorre uma deficiência hormonal, sendo mais frequente o ressecamento da pele. Orientar para o uso de hidratantes e exposição solar com proteção antes das 10 e após as 16 horas.	Refere que compreendeu a relação entre o climatério e a diminuição da umidade natural da pele. Hidratará sua pele e usará protetor solar.
Déficit de conhecimento em relação à fase do climatério.	Requisito de autocuidado desenvolvimental.	Sistema de suporte educativo.	Ampliar conhecimentos sobre o climatério, fase da vida da mulher em que ocorrem muitas transformações físicas, psicológicas e sociais, que devem ser aceitas e vivenciadas com qualidade de vida e bem-estar. Compreender que o climatério é uma fase de aprendizado, de crescimento e amadurecimento pessoal.	Reforçar o que é o climatério e quais as mudanças que podem ocorrer nesta fase. Orientar cuidados para diminuir a sintomatologia, como realizar exercícios físicos e ter dieta adequada, além de outros cuidados específicos; ter uma melhor qualidade de vida realizando atividades de lazer, tendo bom relacionamento familiar, diálogo com parceiro. Estimular participação no grupo de climatério e que vá ao CS no caso de dúvidas ou dificuldade.	Refere ter compreendido que as mudanças que tem percebido tanto fisicamente quanto emocionalment e estão relacionadas com a fase que está vivendo, o climatério. Relata que realizará os cuidados orientados para diminuir os sintomas e sentir-se melhor.

Objetivo específico 5 - Identificar o perfil das mulheres que estão na fase do climatério, atendidas nas consultas de enfermagem e temas de interesse, a serem abordados nas oficinas sobre climatério.

Durante as consultas de enfermagem para prevenção e detecção precoce de câncer cérvico-uterino e de mamas, com mulheres na faixa etária dos 35 aos 65 anos de idade e durante as consultas de climatério, perguntávamos às mulheres se gostariam de responder um questionário sobre a fase do climatério. As mulheres que aceitaram, assinaram um termo de consentimento (apêndice 03), na qual garantíamos que sua identidade seria resguardada.

Aplicamos o questionário (apêndice 01) para 20 mulheres que estavam com idade correspondente a faixa etária do climatério, coletando informações com o intuito de identificar o perfil destas mulheres.

O questionário contém dados de identificação e alguns dados ginecológicos, perguntas sobre autocuidado, conhecimentos sobre a fase do climatério e sintomatologia experimentada. Também identificamos por meio deste instrumento, os temas de interesse das mulheres relacionados ao climatério, para serem abordados nas oficinas.

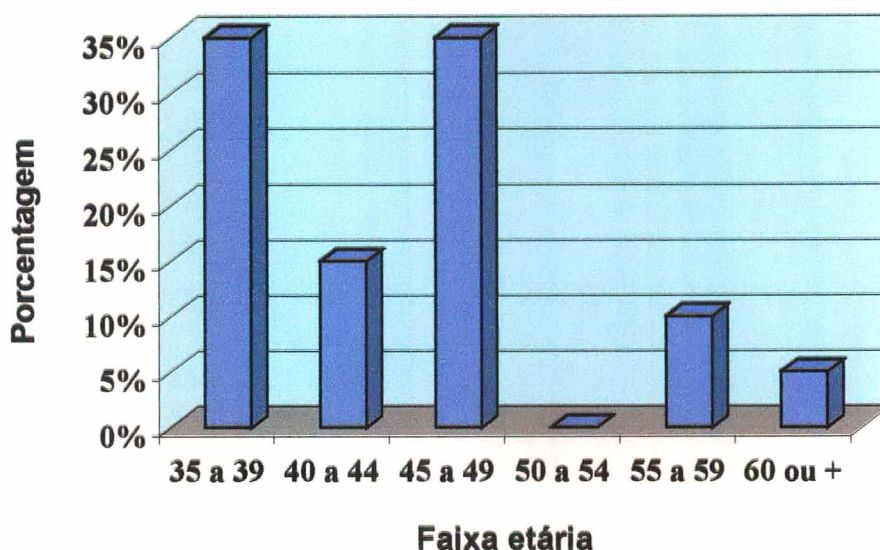


Gráfico 1: Distribuição das mulheres climatéricas, segundo faixa etária, que participaram das consultas de enfermagem realizadas no Centro de Saúde do Saco Grande/Fpolis, no período de setembro a outubro de 2004.

Fonte: Questionário para identificação do perfil das mulheres climatéricas, elaborado pelas acadêmicas da 8ª fase curricular do Curso de Graduação em Enfermagem – UFSC.

Quanto à faixa etária das mulheres atendidas na fase do climatério, podemos observar que dos 35 aos 44 anos de idade correspondem a 50%, dos 45 aos 49 anos 35% , dos 55 aos 59 anos 10% e com 60 anos ou mais de idade apenas 5%. Sendo que, 2 (duas) mulheres apresentavam-se na menopausa, uma com 58 anos e outra com 65 anos. Na faixa etária de 50 a 54 anos de idade não houve participação de nenhuma mulher.

As mulheres que fizeram parte da prática assistencial encontravam-se na faixa etária correspondente ao climatério, que segundo Freitas & Pimenta (2002) se estende dos 35 aos 65 anos de idade. A menopausa, de acordo com os mesmos autores, ocorre na faixa etária dos 45 aos 55 anos de idade.

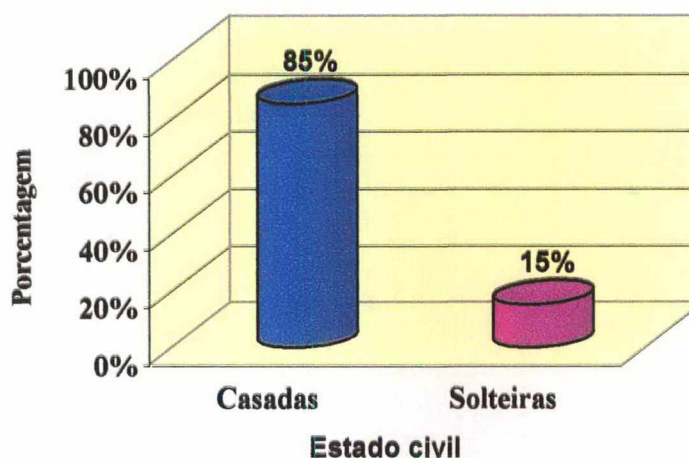


Gráfico 2: Distribuição das mulheres climatéricas, de acordo com o estado civil, que participaram das consultas de enfermagem realizadas no Centro de Saúde do Saco Grande/Fpolis, no período de setembro a outubro de 2004.

Fonte: Questionário para identificação do perfil das mulheres climatéricas, elaborado pelas acadêmicas da 8ª fase curricular do Curso de Graduação em Enfermagem – UFSC.

O gráfico 2 demonstra que 85% das mulheres atendidas e que vivenciam a fase do climatério são casadas ou apresentam união estável e somente 15% destas mulheres são solteiras. O levantamento destes dados evidencia que a demanda que procura este tipo de serviço no Centro de Saúde onde desenvolvemos a prática assistencial são na sua maioria mulheres casadas ou com união estável.

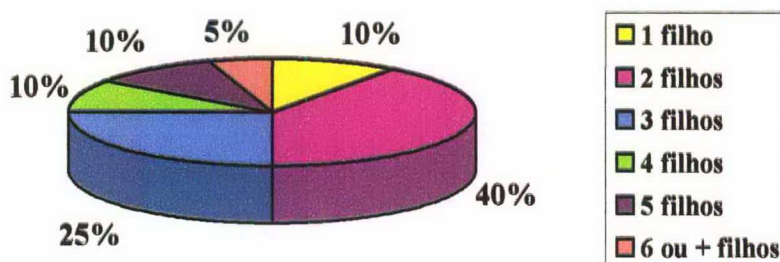


Gráfico 3: Distribuição das mulheres climatéricas, segundo número de filhos, que participaram das consultas de enfermagem realizadas no Centro de Saúde do Saco Grande/Fpolis, no período de setembro a outubro de 2004.

Fonte: Questionário para identificação do perfil das mulheres climatéricas, elaborado pelas acadêmicas da 8ª fase curricular do Curso de Graduação em Enfermagem – UFSC.

Evidenciamos no gráfico 3, que 40% das mulheres entrevistadas têm 2 (dois) filhos, 25% têm 3 (três) filhos, 10% das mulheres têm 1 (um) filho, 4 (quatro) ou 5 (cinco) filhos respectivamente, totalizando 30%. Apenas 5% das mulheres apresentam 6 (seis) ou mais filhos.

Estes dados demonstram que 75% das mulheres têm entre 1 (um) e 3 (três) filhos. Verificamos, desta forma, que as mulheres estão realizando o planejamento familiar, provavelmente, por terem acesso na rede básica de saúde aos métodos contraceptivos, receber orientações e os utilizá-los corretamente, evitando uma gravidez indesejada e controlando o número de filhos.

É importante lembrar, que a maior parcela destas mulheres ainda está em idade reprodutiva, podendo, portanto, engravidar, caso não utilize algum método contraceptivo de forma adequada.

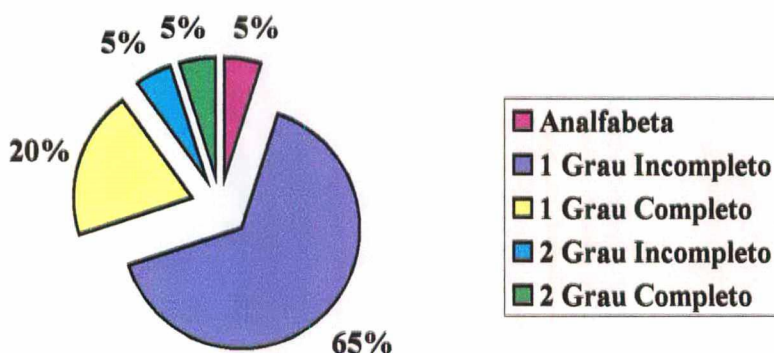


Gráfico 4: Distribuição das mulheres climatéricas, segundo grau de instrução, que participaram das consultas de enfermagem realizadas no Centro de Saúde do Saco Grande/Fpolis, no período de setembro a outubro de 2004.

Fonte: Questionário para identificação do perfil das mulheres climatéricas, elaborado pelas acadêmicas da 8ª fase curricular do Curso de Graduação em Enfermagem – UFSC.

O gráfico acima mostra, que 65% das mulheres possuem o Ensino fundamental Incompleto, 20% o Ensino Fundamental Completo, 5% o Ensino Médio Incompleto e outros 5% o Ensino Médio Completo. Além disso, uma mulher era analfabeta, correspondendo a 5%.

Os dados supracitados, de que as mulheres apresentam baixo grau de escolaridade, principalmente não terem o ensino fundamental completo, pode estar relacionado ao fato das mulheres entrevistadas desconhecerem o significado do termo climatério, assim como não apresentarem dúvidas a respeito da fase que estão vivenciando, não realizarem cuidados específicos à fase, além de nunca terem procurado profissionais do Centro de Saúde para obter informações sobre a saúde no climatério.

Consideramos esta questão de extrema relevância, pois interfere diretamente no conhecimento das mulheres sobre os cuidados necessários com sua saúde, tornando-as pouco críticas com relação as suas vidas, saúde e bem-estar. O baixo grau de instrução também conduz as mulheres para profissões com baixa remuneração, como se pode visualizar nos gráficos a seguir.

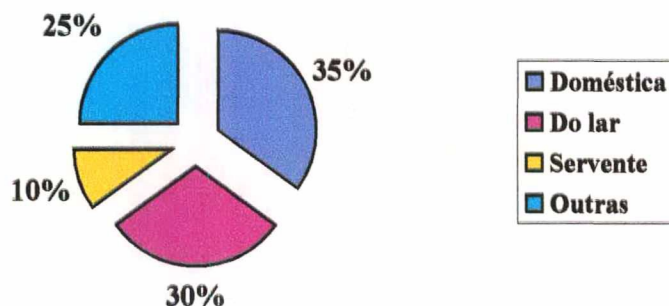


Gráfico 5: Distribuição das mulheres climatéricas, segundo profissão, que participaram das consultas de enfermagem realizadas no Centro de Saúde do Saco Grande/Fpolis, no período de setembro a outubro de 2004.

Fonte: Questionário para identificação do perfil das mulheres climatéricas, elaborado pelas acadêmicas da 8ª fase curricular do Curso de Graduação em Enfermagem – UFSC.

Observamos no gráfico 5, que 35% das mulheres trabalham como domésticas, 30% são do lar, 10% são serventes de limpeza e 25% têm outras profissões, tais como: cozinheira, camareira, babá, empreiteira e vendedora. Evidenciamos que 70% das mulheres trabalham fora do lar, sendo esta uma realidade da mulher brasileira, que precisa se inserir no mercado de trabalho para contribuir na renda familiar.

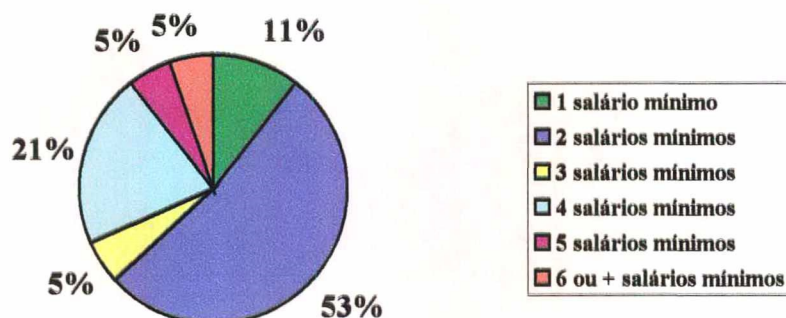


Gráfico 6: Distribuição das mulheres climatéricas, de acordo com a renda mensal familiar em salários mínimos, que participaram das consultas de enfermagem realizadas no Centro de Saúde do Saco Grande/Fpolis, no período de setembro a outubro de 2004.

Fonte: Questionário para identificação do perfil das mulheres climatéricas, elaborado pelas acadêmicas da 8ª fase curricular do Curso de Graduação em Enfermagem – UFSC.

O gráfico 6 demonstra, que 53% das mulheres apresenta renda familiar de, aproximadamente, 2 (dois) salários mínimos, 21% de 4 (quatro) salários mínimos, 11% de 1 (um) salário mínimo; 5% têm renda de 3 (três), 5 (cinco), 6 (seis) ou mais salários mínimos, respectivamente, somando 15% do total.

A baixa renda familiar indica uma situação socioeconômica difícil para as mulheres e suas famílias, uma vez que reflete nas condições desfavoráveis de moradia e saneamento, alimentação inadequada, ausência de atividades de lazer, favorecimento ao desenvolvimento de doenças etc. A satisfação destas questões são determinantes para que a mulher no climatério consiga vivenciar esta fase realizando o autocuidado, com melhor qualidade de vida.

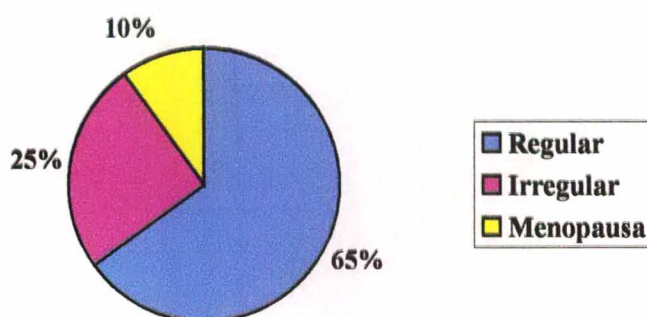


Gráfico 7: Distribuição das mulheres climatéricas, segundo regularidade do ciclo menstrual, que participaram das consultas de enfermagem realizadas no Centro de Saúde do Saco Grande/Fpolis, no período de setembro a outubro de 2004.

Fonte: Questionário para identificação do perfil das mulheres climatéricas, elaborado pelas acadêmicas da 8ª fase curricular do Curso de Graduação em Enfermagem – UFSC.

Quanto à regularidade do ciclo menstrual, 65% das mulheres responderam apresentar ciclos menstruais regulares, 25% ciclos irregulares e 10% responderam que não menstruam há mais de um ano, caracterizando estarem na menopausa. Questionamos as mulheres se elas consideravam que estavam na menopausa, 5 (cinco) participantes responderam que sim, 9 (nove) responderam que não e 6 (seis) não souberam responder. Com relação às mulheres que responderam que estavam na menopausa, 3 (três) estavam equivocadas, pois apresentavam

fluxos menstruais regulares e irregulares, mas haviam menstruado, não fazendo ainda um ano, não sendo considerado, portanto, como menopausa. No entanto, todas as mulheres que responderam que não estavam na menopausa estavam corretas, pois ainda menstruavam com certa regularidade.

Quando indagamos sobre o que sabiam sobre o climatério, 14 (catorze) mulheres (70%) não sabiam responder; 3 (três) informaram já terem ouvido falar, porém não sabiam explicar o que era; uma mulher respondeu “O climatério tem relação com a menopausa, mas ainda não é a menopausa”. Duas mulheres que participaram da 1ª oficina sobre climatério relataram “No climatério ocorrem transformações no corpo por causa da fase, como pele seca e irritação” e “O climatério é o período que antecede a menopausa, a partir dos 35 anos”.

A partir destes dados, verificamos a importância de orientar as mulheres sobre o climatério, seja por meio de cartazes e folder educativos, durante as consultas de enfermagem ou nas oficinas abordando este tema. As mulheres que não participaram de nenhuma destas atividades, nem haviam lido os materiais educativos, não souberam apresentar nenhuma informação sobre o climatério, com exceção de uma mulher.

As mulheres que visualizaram os cartazes, lembravam que estes informavam sobre climatério, mas não conseguiram descrever as informações. Acreditamos que estas mulheres não relataram as informações contidas nos cartazes, por ser a primeira vez que entravam em contato com este termo, demonstrando que o período do climatério é uma temática ainda pouco difundida no Brasil e desconhecida da população usuária dos serviços de saúde.

As mulheres que participaram da oficina de climatério relataram o que é climatério e evidenciaram alguns sintomas, demonstrando que as informações oferecidas nesta atividade foram mais efetivas e eficazes.

Desta forma, verificamos a importância da realização de atividades nas quais ocorrem trocas de conhecimentos e experiências, como nas oficinas sobre climatério, pois as mulheres compartilham vivências sobre este período, recebem orientações e potencializam sua capacidade para o autocuidado, permitindo que estas tenham um papel ativo diante das situações relativas a fase do climatério.

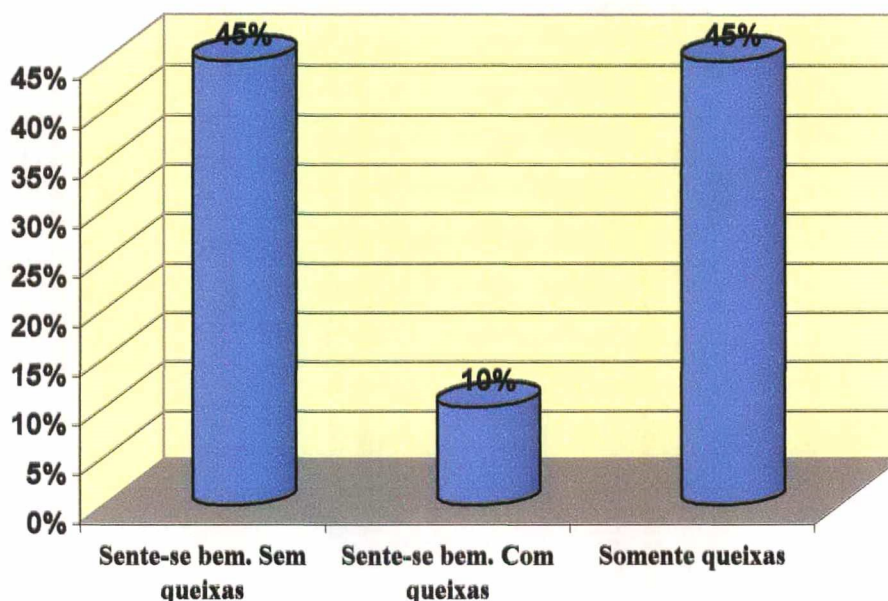


Gráfico 8: Distribuição das mulheres climatéricas, segundo sentimentos e queixas em relação ao climatério, que participaram das consultas de enfermagem realizadas no Centro de Saúde do Saco Grande/Fpolis, no período de setembro a outubro de 2004.

Fonte: Questionário para identificação do perfil das mulheres climatéricas, elaborado pelas acadêmicas da 8ª fase curricular do Curso de Graduação em Enfermagem – UFSC.

O gráfico 8 trata sobre as perguntas “Como você se sente na atual fase da vida? Tem alguma queixa?”. Conforme pode ser observado, 45% das mulheres responderam que se sentem bem e não apresentam queixas; 10% relataram se sentirem bem, entretanto referiram algumas queixas; e outros 45% das mulheres, ao responder a pergunta, somente referiram queixas.

As 2 (duas) mulheres que relataram estar bem, mas referiram algumas queixas, citaram perda de memória intensa, choro freqüente, dores no corpo e cansaço. As mulheres que somente relataram queixas, referiram os seguintes sintomas: diminuição do desejo sexual, vagina seca, irritabilidade, depressão, flacidez corporal, pele, unhas e cabelos ressecados, nervosismo, aumento de peso, prurido vulvar, ondas de calor, suores, cefaléia, ansiedade, problemas de relacionamento com marido e stress.

Observamos desta forma, que aproximadamente metade das mulheres relataram não apresentar queixas e estavam vivenciando a fase do climatério com bem-estar. Enquanto as demais referiram estar apresentando muitos sintomas e dificuldades nesta fase da vida. O fato de 45% das mulheres referir que apresentam diversos sintomas do climatério, pode ser

explicado pelo modo de vivenciar esta fase, determinada por fatores como: crenças, hábitos, valores, conhecimentos e os elementos sócio-econômico-culturais de cada mulher.

Estas informações vêm ao encontro do que refere Botell et al. (1999), em que estes sintomas que a mulher no climatério apresenta são resultado de diversos fatores, que vão desde as alterações neuroendócrinas desta etapa, até os costumes, os critérios e o que foi aprendido através de sua família e da sociedade.

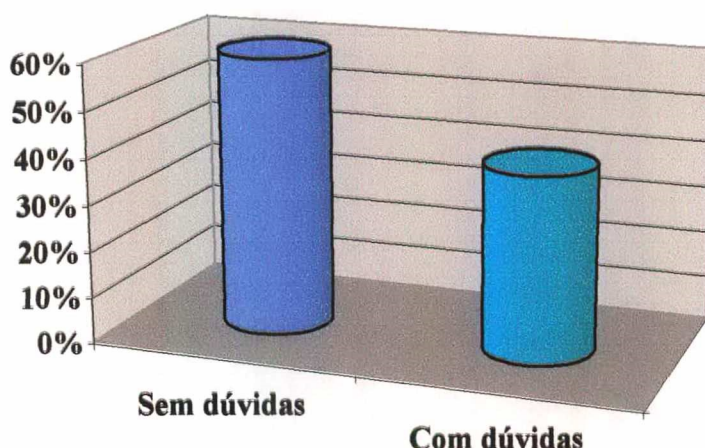


Gráfico 9: Distribuição das mulheres climatéricas, de acordo com a presença de dúvidas relacionadas ao climatério, que participaram das consultas de enfermagem realizadas no Centro de Saúde do Saco Grande/Fpolis, no período de setembro a outubro de 2004.

Fonte: Questionário para identificação do perfil das mulheres climatéricas, elaborado pelas acadêmicas da 8ª fase curricular do Curso de Graduação em Enfermagem – UFSC.

Segundo gráfico 9, quando perguntamos às mulheres sobre as dúvidas a respeito da fase do climatério, obtivemos as seguintes respostas: 60% das mulheres responderam que não tinham nenhuma dúvida. No entanto, 40% das mulheres apresentavam dúvidas. As mulheres realizaram as seguintes perguntas: “Porque estou assim? Como posso voltar a ser como era antes?”; “Quando vou parar de menstruar?”; “A menopausa causa o que estou sentindo?”; “Porque mudou a relação com o meu marido?”. Outras dúvidas estavam relacionadas a alimentação, perda de memória, calorões, choro freqüente e mudanças emocionais.

Desta forma, percebemos que as mulheres que apresentavam dúvidas, perguntaram sobre as mudanças físicas, emocionais, sociais e sobre sintomas freqüentes relacionados ao período do climatério. Estes dados relacionam-se com as respostas das mulheres à seguinte

pergunta: “Você já procurou algum profissional do Centro de Saúde para obter informações sobre o climatério? Qual profissional e em que situação?”.

Identificamos que 85% das mulheres nunca procuraram nenhum profissional do CS para obter informações sobre esta fase e apenas 15% das mulheres já procuraram algum profissional. Destas, uma mulher procurou um médico do CS, devido a problemas de relacionamento com o marido e dificuldades sexuais. A segunda mulher refere ter procurado uma enfermeira do CS, pois apresentava dúvidas e dificuldades relacionadas ao climatério. A terceira mulher relatou ter procurado tanto um médico, quanto enfermeiro do CS, pois estava com depressão.

Evidenciamos através da prática assistencial, que a maioria das mulheres nunca havia procurado profissionais do CS para obter informações sobre a fase que vivenciam, pois desconhecem o termo climatério e fatores relacionados. Além disso, os Centros de Saúde não oferecem serviços especializados de climatério e alguns profissionais encontram-se ainda despreparados para atuarem conjuntamente com esta clientela, não abordando esta temática durante consultas e outras atividades de assistência primária, negligenciando a atenção integral à saúde da mulher nesta fase da vida.

Reforçamos assim, a necessidade dos profissionais que atuam nos Centros de Saúde quebrarem o silêncio em torno do climatério, estimulando as mulheres a expressarem seus sentimentos, dúvidas e dificuldades, por meio de consultas ou grupo de vivências com abordagem sobre este tema, para que as usuárias dos serviços de saúde tornem-se sujeitos ativos no processo saúde/doença.

Quando perguntamos às mulheres se apresentavam dúvidas sobre o climatério, 60% responderam que não tinham nenhuma dúvida e 85% nunca haviam procurado nenhum profissional do CS para obter informações sobre a fase que vivenciam. Ou seja, percebemos que pela falta de informação sobre o climatério, as mulheres não conseguem formular perguntas, não apresentam dúvidas, porque desconhecem o assunto em questão.

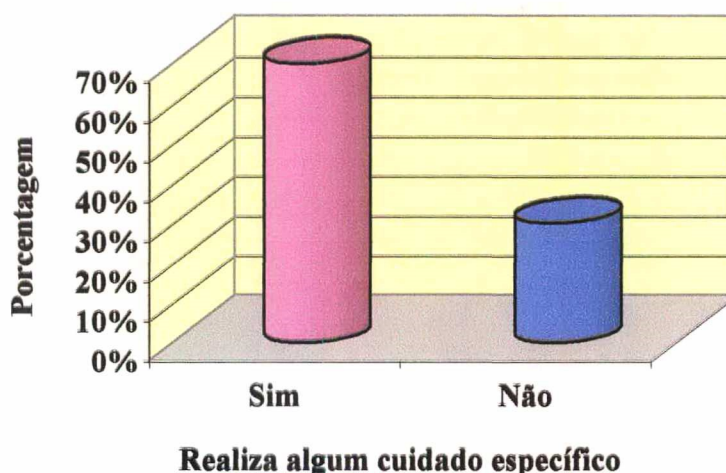


Gráfico 10: Distribuição das mulheres climatéricas, de acordo com a realização de cuidados específicos relacionados ao climatério, que participaram das consultas de enfermagem realizadas no Centro de Saúde do Saco Grande/Fpolis, no período de setembro a outubro de 2004.

Fonte: Questionário para identificação do perfil das mulheres climatéricas, elaborado pelas acadêmicas da 8ª fase curricular do Curso de Graduação em Enfermagem – UFSC.

O gráfico 10 mostra, que 70% das mulheres realizam algum cuidado específico relativo à fase do climatério; 30% não realizam nenhum cuidado específico a esta fase.

As respostas afirmativas continham mais de um cuidado como: com a alimentação em 65% das respostas; controle da hipertensão arterial em 20%; realização de consulta médica, de preventivo, de exercícios físicos e de exames em geral com 15% cada. Higiene pessoal com 10% das respostas e não apresentar vícios como beber e fumar com 5%.

Estes dados revelam que a maioria das mulheres considera que se cuida. Este fato é importante, pois demonstra que estão interessadas e aptas a realizarem o autocuidado. Estão valorizando sua saúde e buscando cada vez mais qualidade de vida, necessitando de orientações para potencializarem o autocuidado.

Perguntamos ainda, às mulheres, quais os temas que gostariam de discutir em oficinas sobre o climatério. 20% das mulheres não responderam. 80% sugeriram temas como: sexualidade, alimentação, sintomas do climatério, como se manter jovem e ativa no climatério, atividade física e menopausa.

Identificamos que a maioria das mulheres apresentava muitas dúvidas sobre a alimentação adequada no climatério, necessitando de orientações sobre o assunto durante as consultas de enfermagem. Como identificamos este déficit de conhecimento e autocuidado

das mulheres e o assunto ter sido sugerido algumas vezes, realizamos a 2ª oficina sobre o tema: alimentação no climatério.

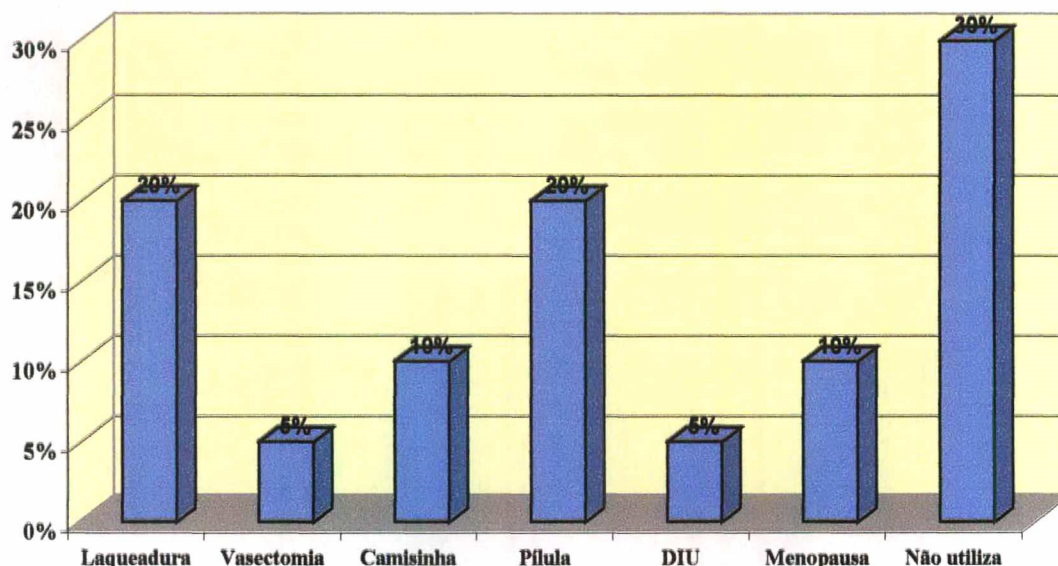


Gráfico 11: Distribuição das mulheres climatéricas, segundo método contraceptivo utilizado, que participaram das consultas de enfermagem realizadas no Centro de Saúde do Saco Grande/Fpolis, no período de setembro a outubro de 2004.

Fonte: Questionário para identificação do perfil das mulheres climatéricas, elaborado pelas acadêmicas da 8ª fase curricular do Curso de Graduação em Enfermagem – UFSC.

Com relação ao método contraceptivo utilizado pelas mulheres, 20% realizaram laqueadura tubária, 20% utilizam pílula, 10% utilizam camisinha, 5% utilizam DIU e 5% referiram que o companheiro realizou vasectomia. Outros 10% das mulheres estão na menopausa e, portanto, não utilizam nenhum método. Todavia, 30% das mulheres que estão no climatério não utilizam nenhum método anticoncepcional e correm os riscos de ter uma gravidez indesejada.

Segundo Pernoll, citado por Labrada et al. (2000), apesar do climatério caracterizar o início do declínio da fecundidade da mulher e serem menos freqüentes os ciclos ovulatórios, muitas mulheres podem ficar grávidas, inclusive quando têm mais de 50 anos de idade. E os riscos desta gravidez chegam a ser 50 vezes maiores nas mulheres com mais de 40 anos em relação as que têm entre 20 e 29 anos de idade. Desta forma, as mulheres climatéricas devem ser orientadas sobre planejamento familiar e esclarecidas sobre os riscos inerentes a uma gestação em mulheres com mais de 40 anos, com o intuito de adotarem um método anticoncepcional e evitarem uma gravidez indesejada.

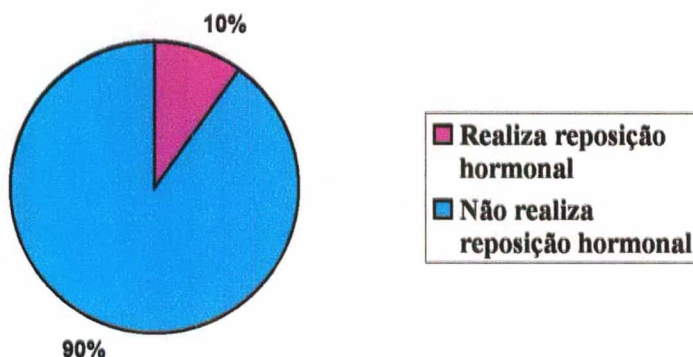


Gráfico 12: Distribuição das mulheres climatéricas, quanto à realização de reposição hormonal, que participaram das consultas de enfermagem realizadas no Centro de Saúde do Saco Grande/Fpolis, no período de setembro a outubro de 2004.

Fonte: Questionário para identificação do perfil das mulheres climatéricas, elaborado pelas acadêmicas da 8ª fase curricular do Curso de Graduação em Enfermagem – UFSC.

O gráfico 12 demonstra, que 90% das mulheres não fazem uso da terapia de reposição hormonal (TRH) e apenas 10% utilizam hormônios de reposição. Por meio da prática assistencial identificamos que as mulheres climatéricas apresentam muitas dúvidas em relação à reposição hormonal, principalmente sobre seus riscos, como o câncer de mama. Por este motivo, o tema abordado na 3ª oficina sobre climatério, dia 18 de novembro de 2004, foi terapia de reposição hormonal, onde as mulheres receberam orientações sobre este assunto e solucionaram algumas dúvidas.

Segundo a Rede Feminista de Saúde (2001), até o momento os estudos sobre a TRH ainda são inconclusivos. A decisão ou não do uso da terapia de reposição hormonal deve ser individualizada, de comum acordo com a cliente e respeitando-se as contra-indicações habituais, além de sempre fazer uma análise minuciosa dos riscos e benefícios (FREITAS & PIMENTA, 2002).

SINAIS E SINTOMAS	PORCENTAGEM
Fogachos	40%
Sudorese	35%
Palpitação	40%
Tontura	65%
Fadiga	65%
Nervosismo	65%
Irritabilidade	50%
Cefaléia	55%
Depressão	60%
Insônia	40%
Perda de memória	75%
Queda de cabelo	35%
Pele seca	45%
Dispareunia	40%
Secura vaginal	50%
Diminuição do interesse sexual	60%
Sentimento de não se sentir atraente	50%
Incontinência urinária	65%

Quadro 1: Distribuição das mulheres climatéricas, segundo sinais e sintomas apresentados, que participaram das consultas de enfermagem realizadas no Centro de Saúde do Saco Grande/Fpolis, no período de setembro a outubro de 2004.

Fonte: Questionário para identificação do perfil das mulheres climatéricas, elaborado pelas acadêmicas da 8ª fase curricular do Curso de Graduação em Enfermagem – UFSC.

Em relação ao quadro acima, podemos perceber que os sintomas que as mulheres mais citaram apresentar no climatério foram: perda de memória com 75%; tontura, fadiga, nervosismo e incontinência urinária com 65% cada; depressão e diminuição do interesse sexual com 60% cada; sentimento de não se sentir atraente, secura vaginal e irritabilidade com 50% cada; e 55% das mulheres relataram cefaléia.

Os dados encontrados vêm ao encontro das informações citadas por Zampieri (2002), em que estes sintomas são os mais freqüentes na fase em que ocorrem as alterações precoces no climatério.

Das mulheres que responderam o questionário, 85% apresentam idade entre 35 e 49 anos. Identificamos que 100% delas apresentam no mínimo um sintoma relacionado ao período do climatério. Este dado está de acordo Speroff et al., citados por Pedro et al. (2003), na qual os sintomas do climatério podem ocorrer mesmo antes da parada fisiológica dos ciclos menstruais.

A alta prevalência de sintomas relacionados à labilidade emocional como depressão, irritabilidade, nervosismo e perda de memória podem ser explicados de acordo com Facchinett et al. citados por Bittencourt e Cruz (2002). Segundo os autores, muitos estudos levam a crer que o hipoestrogenismo está associado a uma diminuição de endorfinas cerebrais. Os dados que encontramos vêm ao encontro do estudo realizado por Pedro et al. (2003), em São Paulo, com mulheres climatéricas, no qual encontrou-se que os sintomas psicológicos mais freqüentes eram a depressão, o nervosismo, a irritabilidade e a cefaléia.

Em relação às alterações de médio prazo do climatério, identificamos principalmente, os sintomas relacionados à atrofia urogenital, como secura vaginal e incontinência urinária aos esforços, sendo que na prática, a maioria das queixas das mulheres relacionava-se a este fato. Dado este, que novamente vem ao encontro do estudo realizado por Pedro et al. (2003), na qual verificou que a queixa mais freqüente das mulheres climatéricas era a incontinência urinária.

Outras queixas importantes relatadas pelas mulheres foram sobre a sexualidade, com diminuição do interesse sexual e sentimento de não se sentir atraente. Pedro et al. (2003), refere que os fatores que afetam a expressão sexual são múltiplos e a contribuição relativa da interação entre os determinantes hormonais, psicossociais e do próprio envelhecimento não estão claramente definidos.

Quando questionadas em relação às atividades de lazer, a maioria das mulheres (85%) respondeu que realizam atividades de lazer. Apenas 3 (três) mulheres (15%) informaram não realizarem este tipo de atividade.

Das mulheres que responderam que têm lazer, 60% passeiam, 50% assistem televisão, 25% realizam trabalhos manuais (crochê, tricô, bordado), 20% escutam rádio, 20% conversam

e permanecem no convívio da família e amigos e apenas uma mulher respondeu que vai à missa.

Consideramos de extrema importância as mulheres realizarem atividades de lazer, pois segundo Botell (2001), no período do climatério há uma diminuição da satisfação pessoal das mulheres, com sentimentos de invalidez e desvalorização no contexto familiar e até laboral, na qual estas atividades podem minimizar estes sentimentos pejorativos.

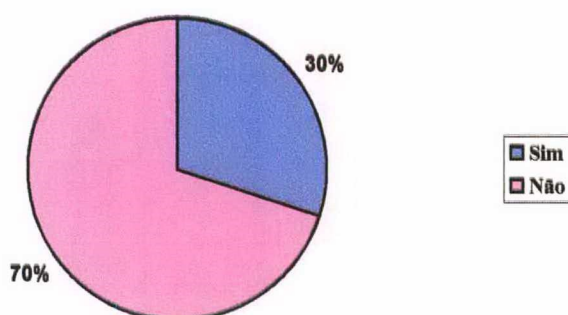


Gráfico 13: Distribuição das mulheres climatéricas, de acordo com a prática de exercícios físicos, que participaram das consultas de enfermagem realizadas no Centro de Saúde do Saco Grande/Fpolis, no período de setembro a outubro de 2004.

Fonte: Questionário para identificação do perfil das mulheres climatéricas, elaborado pelas acadêmicas da 8ª fase curricular do Curso de Graduação em Enfermagem – UFSC.

De acordo com o gráfico 13, 70% das mulheres questionadas não realizam atividades físicas, enquanto somente 30% as realiza. Das mulheres que praticam exercícios físicos, todas responderam que realizam caminhadas regularmente.

A prática de exercícios físicos na fase do climatério é fundamental para melhorar a força muscular e a resistência física, aumentar a densidade óssea, diminuir a pressão arterial, controlar o peso corporal, aumentar a auto-estima e o bem-estar, aliviar o estresse e a depressão, entre outras vantagens (LITVOC & BRITO, 2004).

Segundo Litvoc e Brito (2004), as evidências epidemiológicas sustentam um efeito positivo de um estilo de vida ativo e/ou do envolvimento dos indivíduos em programas de atividade física e exercício, na prevenção e minimização dos efeitos deletérios do envelhecimento. Os cientistas enfatizam cada vez mais a necessidade de que a atividade física seja parte fundamental dos programas de promoção da saúde.

No entanto, verificamos por meio da prática assistencial, que o excesso de atividades domésticas e de trabalho fora do lar diminuem o estímulo das mulheres para a realização destas atividades, sendo necessário orientá-las a respeito dos benefícios da prática de exercícios físicos regularmente, como forma de promover a saúde e a qualidade de vida no climatério.

Outra pergunta que fizemos às mulheres foi “Você sabe quais alimentos são importantes na fase do climatério?”, 60% das mulheres responderam que sim e 40% respondeu que não sabiam quais alimentos eram importantes nesta fase.

As que souberam responder citaram mais de um alimento, em que 60% das mulheres referiram verduras, 55% frutas, 15% relataram pouca carne vermelha, 10% legumes, 5% queijo branco e 5% cereais.

Posteriormente, perguntamos às mulheres, se estas ingeriam os alimentos citados e com que frequência. Apenas 2 (duas) mulheres (17%) referiram não comer os alimentos que citaram todos os dias. Enquanto as demais, isto é, 10 (dez) mulheres (83%) responderam que ingerem os alimentos por elas mencionado diariamente.

Apesar da maioria das mulheres ter conhecimento de alguns alimentos importantes na fase do climatério, identificamos na prática assistencial, que estas não sabiam explicar o porquê destes alimentos serem importantes, apresentando muitas dúvidas relacionadas a este tema.

Consideramos este objetivo alcançado, pois aplicamos o questionário às mulheres climatéricas durante as consultas, identificando seu perfil e os fatores que influenciam a qualidade de vida destas mulheres, suas principais queixas, dúvidas, dificuldades, sintomas e cuidados na fase do climatério.

Objetivo específico 6 – Realizar oficinas sobre climatério, abordando os temas de interesse definidos pelas mulheres.

Durante as consultas para realização do exame preventivo de câncer cérvico-uterino e de mamas e consultas de climatério, aplicamos o questionário que elaboramos (apêndice 01) às mulheres climatéricas e identificamos que as mulheres atendidas desconheciam o significado do termo climatério. Desta forma, optamos pelo tema “climatério” para realização da primeira (1ª) oficina. No final da 1ª oficina, sobre climatério, perguntamos às participantes

qual o tema que gostariam que discutíssemos na 2ª oficina. A maioria respondeu que desejavam abordar a alimentação. Este fato, veio ao encontro das informações obtidas a partir dos questionários aplicados às mulheres climatéricas e prática assistencial, em que evidenciamos muitas dúvidas sobre alimentação.

Desta forma, os objetivos das oficinas foram proporcionar momentos de interação e troca de conhecimentos e experiências com as mulheres climatéricas, abordando assuntos de seu interesse e potencializando-as para o autocuidado.

As oficinas foram organizadas em etapas. Sendo que:

A **primeira etapa** foi destinada para a divulgação das oficinas.

Para acessar as mulheres na faixa etária do climatério, residentes na área de abrangência do CS do Saco Grande, utilizamos: convites individuais entregues no CS às mulheres, cartazes distribuídos nas proximidades do CS e reunião com as agentes comunitárias de saúde para que convidassem as mulheres que estavam no climatério à participarem das oficinas. Além disso, no dia anterior à realização das oficinas telefonamos para as mulheres que estavam cadastradas, por terem participado das consultas e/ou da 1ª oficina sobre climatério, para lembrá-las a data e horário da oficina.

A **segunda etapa** foi dedicada a preparação das oficinas sobre climatério.

Para construirmos as oficinas realizamos ampla revisão bibliográfica. Na 1ª oficina, o material pesquisado foi relativo às questões gerais que envolvem o climatério. Para a 2ª oficina buscamos bibliografias referentes à alimentação adequada na fase do climatério, e os fitohormônios, para elaboração de apostila informativa sobre fitoestrógenos contendo várias receitas à base de soja (apêndice 07).

Como o tema definido para a 2ª oficina foi alimentação, convidamos a acadêmica da 10ª fase de nutrição da UFSC, Paloma Sodré Cardoso, estagiária no CS do Saco Grande, para participar da realização desta oficina, com o intuito de efetivarmos o trabalho interdisciplinar.

A 1ª oficina sobre climatério foi realizada no dia 23 de setembro de 2004, às 14:00 horas no auditório do Centro de Saúde do Saco Grande. Contou com a participação de 20 mulheres na faixa etária de 35 a 68 anos de idade e apenas uma era funcionária do CS.

A 2ª oficina foi realizada dia 14 de outubro de 2004, no mesmo horário e local da anterior. A 2ª oficina contou com a participação de 17 mulheres na faixa etária de 38 a 64 anos de idade, sendo que duas eram funcionárias do CS e participavam da oficina pela

primeira vez. Uma agente comunitária de saúde de 24 anos participou das duas oficinas como forma de incentivo à mãe de 48 anos de idade.

Entre as mulheres que participaram da 1ª oficina sobre climatério, 8 (oito) participaram da 2ª oficina. Contamos com a participação da supervisora do estágio Marcia S. Del Castanhel, nas oficinas realizadas, auxiliando-nos a conduzi-las e registrá-las.

Descreveremos a seguir, os momentos da realização da 1ª oficina sobre climatério.

Primeiro momento

A primeira dinâmica proposta foi intitulada “dinâmica da apresentação” e realizada com o objetivo de promover a interação do grupo. Sentadas em duplas formando um círculo, as mulheres deveriam conversar por 05 minutos para se conhecerem. Finalizado o tempo, cada mulher apresentou a colega com quem havia conversado. A partir das apresentações, obtivemos dados como: idade, local de residência e número de filhos.

Segundo momento

A segunda dinâmica denominada “dinâmica da descontração” teve por objetivo, proporcionar ambiente leve e descontraído, onde as mulheres pudessem se sentir à vontade para se expressarem corporalmente, durante 5 minutos.

Foi explicado que colocaríamos uma música e as mulheres caminhariam pela sala no espaço delimitado pelas cadeiras dispostas em círculo. Assim, foram orientadas que tocassem em partes do corpo uma das outras como: orelha, ombro, braço, perna e pé, sendo que não poderiam existir duplas fechadas. Todas as mulheres participaram, dançaram e riram bastante.

Terceiro momento

O 3º momento da oficina teve como objetivo identificar os déficits de conhecimento e autocuidado das mulheres em relação ao climatério e cuidados relativos a esta fase; para então, intervirmos nas questões levantadas, de maneira a proporcionar compartilhamento dos temas. Para tanto, a dinâmica escolhida foi a “confecção e apresentação de cartazes”.

As participantes foram divididas em três grupos de aproximadamente seis pessoas. Foram entregues materiais para a elaboração dos cartazes, como canetas, papéis, cola, tesouras, folhas de papel pardo, recortes de figuras variadas e recortes com palavras relacionadas aos sintomas que podem existir no climatério.

Após o término da atividade, cada grupo, expôs seu cartaz às demais participantes, e cada integrante apresentou algo que colocou no cartaz, explicando o porquê.

O grupo 01 enfatizou a importância do apoio familiar durante o período do climatério, a importância da mulher realizar atividades de lazer, praticar exercício físico, ter uma alimentação saudável, fazer o exame preventivo, cuidar da aparência física, praticar sexo seguro fazendo uso da camisinha, tomar uma cerveja de vez em quando, e ter dinheiro. Uma das mulheres salientou que “sem dinheiro não é possível ter uma vida boa!”.

Em relação aos sentimentos, o grupo expôs o nervosismo, irritação, sentimento de não se sentir atraente, diminuição do interesse sexual. Algumas mulheres referiram sentirem-se tranquilas e alegres. Em relação aos sintomas físicos relataram vagina mais seca e dor de cabeça.

As mulheres do grupo 02 referiram que sentem alguns sintomas do climatério como fraqueza e calorões (fogachos). Uma das participantes referiu “eu gosto mesmo é de beber cerveja todo fim de semana e comer doces”. Outra referiu que tem muitas preocupações em relação ao dia-dia, faz tricô para relaxar e gosta de fazer uma boa comida. Uma participante salientou que gosta de comer frituras.

No grupo 03 uma das mulheres relatou “Acho que preciso fazer mais exercícios físicos, pois estou comendo demais”. Uma participante referiu que sua família é a coisa mais importante de sua vida.

Outras participantes do grupo expuseram sinais e sintomas como insônia, perda de urina aos esforços, ansiedade, nervosismo, ganho de peso, suores, pele seca, queda de cabelo, perda de memória, vagina seca e diminuição do desejo sexual. Algumas mulheres relataram que apesar de sentirem alguns sintomas, têm disposição e sentem-se maduras.

Durante a exposição dos cartazes interagimos com os grupos, compartilhando conhecimentos, reforçando conceitos relativos ao climatério e discutindo os assuntos relacionados aos déficits de autocuidado, levantados pelas participantes.

No final das apresentações, realizamos um fechamento dos assuntos abordados nos cartazes, esclarecendo dúvidas e orientando as mulheres sobre os cuidados com a saúde necessários na fase que vivenciam, potencializando-as para o autocuidado e melhorando a qualidade de vida das mesmas.

Quarto momento

O 4º momento da oficina teve como objetivo proporcionar relaxamento e introspecção; e esta dinâmica foi intitulada “dinâmica do relaxamento”, na qual as luzes foram apagadas com o intuito de deixar o ambiente mais introspectivo.

Iniciamos o relaxamento colocando uma música suave e tranqüila. Pedimos que as participantes ficassem de pé e realizassem os alongamentos, conforme os comandos de rotação do pescoço em movimentos delicados, movimentos variados com os ombros, braços, mãos, tronco, pernas, joelhos e pés.

Posteriormente, as participantes se posicionaram de costas umas para as outras e, realizaram massagem na colega da frente. Esta massagem se manteve na região da cabeça, ombros e costas.

Quinto momento

O 5º momento foi reservado para a avaliação da oficina pelas participantes, teve como objetivo evidenciar o que as mulheres acharam do trabalho realizado, ou seja, seus sentimentos em relação à oficina. A avaliação foi realizada individualmente e oralmente e, foi registrada numa folha com as assinaturas de todas as participantes da oficina.

Comentários das participantes sobre a oficina: “achei o máximo!”; “eu adorei!”; “foi muito bom! Pois quando a gente não fala, não conversa, guarda muita coisa dentro da gente, aqui a gente pode se soltar, liberar os sentimentos!”; “gostei porque vi que outras mulheres tem os mesmos sintomas do climatério que eu”; “gostei porque saí da rotina do serviço e da casa”; “aqui fiz novas amizades”; “achei legal que não foi palestra, fizemos trabalhos em grupo”; “estava triste, angustiada e agora depois da oficina estou melhor!”.

Para o encerramento da oficina proporcionamos um café da tarde para todas as participantes. Finalizamos assim a oficina, com uma despedida calorosa e convidamos as mulheres a participarem do próximo encontro.

Alcançamos nossos objetivos em relação à oficina, conforme o planejado. O retorno dado pelas participantes foi satisfatório e nos impulsionou a planejar a segunda oficina sobre climatério, seguindo as necessidades das mulheres que vivenciam esta fase.

A seguir descreveremos os momentos da realização da segunda oficina sobre climatério.

Primeiro momento

A primeira dinâmica realizada foi intitulada “balão do desejo” e tinha como objetivo levantar as expectativas das mulheres participantes sobre a 2ª oficina.

Distribuímos para as participantes, balão colorido, tira de papel e caneta. Solicitamos que escrevessem nas tiras de papel: nome, idade, e respondessem a pergunta: “O que você

espera deste encontro? Qual sua expectativa?”. Em seguida, pedimos que enrolassem a tira de papel e colocassem dentro do balão, para então enche-lo e fechar.

Colocamos uma música e informamos que as participantes deveriam jogar os balões para o alto, sem deixá-los cair durante um minuto. Em seguida, orientamos que segurassem um balão e retornassem ao seu lugar. Este momento gerou muita alegria e descontração, quando as mulheres riram, dançaram e relaxaram. Num momento seguinte, solicitamos que estourassem os balões e lessem a mensagem nele contida. Em seguida, a pessoa que escreveu se apresenta e acrescenta alguma informação, se desejar. Algumas das expectativas encontradas através desta dinâmica foram: “espero aprender mais novidades”; “quero aumentar meu conhecimento”; “desejo aprender um pouco sobre saúde”; “espero que este encontro seja bem-vindo”; “fazer boas amizades, além de conhecer o trabalho das alunas”. Esta dinâmica durou 30 minutos.

Segundo momento

A segunda dinâmica teve como objetivo compartilhar com o grupo as experiências vivenciadas desde a realização da 1ª oficina de climatério em 23/09/04 e foi intitulada “compartilhando experiências”. Esta dinâmica durou 20 minutos.

As mulheres que participaram do último encontro do grupo, de consultas de climatério ou que receberam orientações durante as consultas de preventivo, relataram melhora na qualidade de vida e bem-estar. Uma vez que, modificaram hábitos diários, refletiram sobre sua saúde e dialogaram com seus parceiros sobre as dificuldades na fase do climatério. Enfim, estão vivenciando o climatério de forma mais tranquila e prazerosa através do estímulo recebido e aumento do conhecimento que o grupo e as consultas ofereceram e desenvolveram em cada mulher.

Terceiro momento

No terceiro momento da oficina realizamos, com a participação interdisciplinar da acadêmica de nutrição Paloma Sodré Cardoso, a dinâmica intitulada “bingo educativo sobre os alimentos” e teve como objetivo esclarecer e orientar as mulheres sobre a importância da alimentação adequada na fase do climatério de forma lúdica e participativa.

Informamos as mulheres sobre a realização do bingo com a participação da acadêmica de nutrição, para explicar detalhadamente os grupos alimentares e alimentos correspondentes. Entregamos uma cartela de bingo e uma caneta para cada participante e esclarecemos que quem tivesse os números sorteados em sua cartela deveria marca-los e quando fechasse uma

linha com todos os números marcados deveria gritar “bingo!”, e assim poderia escolher um dos cinco prêmios.

A cada rodada foram discutidos os alimentos mais importantes de cada grupo alimentar, sendo que as orientações sempre foram precedidas da solicitação às participantes para que falassem de seus conhecimentos sobre alimentação, sobre o que comiam e o que achavam importante comer.

Somente após estas informações, ou seja, a partir do conhecimento, dúvidas, cultura e hábitos alimentares das mulheres é que os alimentos eram abordados, segundo sua função, importância para o organismo, quantidade a ser ingerida diariamente, tipo ou preparação mais adequada etc.

Os grupos alimentares discutidos foram: grupo dos cereais; grupo das frutas e vegetais; grupo das carnes e ovos; grupo das leguminosas; grupo dos leites e queijos e grupo dos açúcares e gorduras. Os grupos das leguminosas e leites e queijos foram explorados conjuntamente na 4ª rodada.

As mulheres participaram ativamente, contando o que comiam, como preparavam certos alimentos, o que gostavam mais de ingerir, além de questionar sobre suas dúvidas, que foram prontamente esclarecidas.

Como as 4 primeiras rodadas foram longas, adotamos uma nova estratégia para o desenvolvimento mais rápido da 5ª e 6ª rodadas, que seriam as rodadas para as “azaradas”. Solicitamos que as participantes ficassem de pé e em frente as suas cadeiras, pois quem tivesse os números sorteados deveria sentar, até que a última pessoa que permanecesse de pé seria a ganhadora. Esta estratégia gerou motivação e agradou as participantes.

Ao final de todas as rodadas, a acadêmica de nutrição realizou um fechamento de sua explanação sobre o tema, enfocando os alimentos de maior importância para o climatério. Neste momento entregamos a cada participante, uma apostila informativa sobre fitohormônios e com receitas contendo soja e explicamos a importância da alimentação baseada neste grão, que contém fitoestrógenos tão desejados nesta fase que estão vivenciando.

Quarto momento

À quarta dinâmica intitulamos “abraço coletivo”. O objetivo foi desenvolver laços de amizade e afeto entre participantes e condutores do grupo, com duração de 5 minutos.

Solicitamos às participantes que levantassem e permanecessem em círculo com as mãos dadas e, que desta forma, mentalizassem coisas boas e desejassem essas energias

positivas para todas as participantes do grupo, aproximando-se cada vez mais até formar um círculo pequeno com as pessoas bem próximas umas das outras, como um abraço coletivo.

Quinto momento

A avaliação da 2ª oficina foi realizada oralmente pelas participantes que desejassem. Comentários sobre a oficina foram os seguintes: “adorei conhecer o grupo, é a primeira vez que participo!”; “gostei do que a estudante de nutrição falou, muitas coisas boas!”. Uma participante referiu ter considerado a primeira oficina melhor, pois foi menos cansativa. No entanto, as outras mulheres relataram “vim nos dois grupos, e gostei dos dois!”; “cada vez que venho aqui, aprendo mais!”.

Consideramos que a 2ª oficina pode ter ficado mais cansativa, porque as participantes não realizaram trabalhos em grupo como ocorreu na 1ª oficina durante a construção dos cartazes. Desta forma, avaliamos que a 3ª oficina deve conter mais dinâmicas de grupo.

Todas as mulheres concordaram com a sugestão feita pela enfermeira supervisora do estágio para a realização da 3ª Oficina de Climatério no dia 18/11/2004 às 14 horas no auditório do CS do Saco Grande.

Para encerrar a oficina e nos despedirmos do grupo foi servido um lanche. Além disso, o mural de fotos da 1ª oficina sobre climatério foi colocado ao lado da mesa de lanche e todas as mulheres que haviam participado deste encontro puderam se reconhecer e relembrar as atividades.

Durante a realização da 2ª oficina, algumas mulheres afirmaram ter obtido melhoras significativas após terem participado da 1ª oficina de climatério e terem percebido que os problemas que enfrentam, não acontecem somente consigo, mas com várias mulheres climatéricas, além de terem participado de consultas, em que foram esclarecidas em relação ao climatério e estimuladas para o autocuidado.

O exposto acima vem ao encontro da nossa avaliação, em que consideramos o objetivo alcançado, pois desenvolvemos as oficinas sobre o climatério, abordando os temas de interesse das mulheres climatéricas, interagindo e compartilhando conhecimentos sobre saúde e bem-estar na fase que estão vivenciando. Além disso, no decorrer das oficinas as dúvidas das mulheres sobre o climatério foram esclarecidas, potencializando-as para o autocuidado, e melhorando a saúde e a qualidade de vida das mesmas.

Compreendemos, após conduzirmos as oficinas, o quanto é rara, porém fundamental este tipo de atividade na rede primária de saúde, pois obtivemos grande número de mulheres participantes nos grupos e demonstrações de interesse em aprender sobre saúde no climatério

Outro fato nos traz satisfação, pois implantamos a formação do grupo de climatério no CS do Saco Grande, mas também conquistamos sua continuidade, na qual as oficinas sobre climatério serão coordenadas, a partir da 3ª oficina, pela enfermeira PACS/PSF do CS e supervisora do estágio Marcia S. Del Castanhel.

Objetivo específico 7 - Ampliar conhecimentos teóricos e práticos, relativos ao climatério, consultas de enfermagem e outros assuntos específicos que se fizerem necessários para prestar assistência, visando à promoção da saúde das mulheres climatéricas.

No desenvolvimento desta prática assistencial compreendemos o quanto é fundamental o aprofundamento teórico, realizado através de revisão bibliográfica dos temas que abordamos durante as atividades no estágio. Estudamos as colpites e cervicites, técnica de realização do exame Papanicolau e exame das mamas, Teoria do Autocuidado de Orem, e a fase do climatério.

Por termos atendido uma cliente com lesões verrucosas causadas por HPV (Papiloma Vírus Humano) e apresentarmos algumas dúvidas a respeito desta doença sexualmente transmissível, realizamos durante algumas horas juntamente com a enfermeira Márcia um estudo sobre o HPV.

Através das consultas de enfermagem para realização do exame preventivo, consultas de enfermagem específicas para abordar o período do climatério, oficinas de climatério e atividades não propostas no projeto, como visita domiciliar e grupo de planejamento familiar, pudemos ampliar significativamente nossos conhecimentos teóricos e principalmente práticos, interagindo com as mulheres atendidas e com os profissionais do CS, que se fizeram presentes no desenvolvimento das atividades.

Participamos da 5ª Jornada Brasileira de Enfermagem Geriátrica e Gerontológica e 28ª Jornada Catarinense de Enfermagem, realizada em Florianópolis no período de 08 a 10 de setembro de 2004, com carga horária de 26 horas. Através deste evento enriquecemos nosso conhecimento sobre as temáticas abordadas em simpósios satélites e mesas redondas, tais como:

- A pessoa idosa e a perda da integridade da pele: terapia tópica

Palestrantes: enf^a Margareth Linhares Martins (NFR/UFSC) e enf^a Rosangela A. Machado (POLITEC);

- Promoção do envelhecimento saudável

Palestrantes: enf^a Edméia Meira Campos (UFSC/PEN), enf^a Marilene B. Baquero (UFBA) e enf^a Marilene R. Portella (UPF/RS);

- Incontinência em pacientes geriátricos

Palestrantes: enf^a Patrícia Fera (UNICID/SP), geriatra Vanir Cardoso (NIPEG/HU; CLM/UFSC) e enf^a Melissa O. Honório (HU/UFSC);

- Políticas públicas de saúde para o envelhecimento

Palestrantes: Jorge Gilberto Krug (UCS/RS), enf^a Ana Cristina Bretãs (UNIFESP/SP) e enf^a Carmem E. B. Zanotto (Séc. Adj. Saúde Estado);

- Doença de Alzheimer e outras doenças demenciais

Palestrantes: enf^a Ceres de L. Ferretti (UNIFESP/SP) e geriatra João Senger (SBGG/RS);

Nos temas livres foram apresentados trabalhos sobre o climatério, autocuidado, osteoporose, necessidades emocionais e afetivas, qualidade de vida, envelhecimento saudável etc.

Pudemos colocar em prática os conhecimentos adquiridos nas palestras do evento, em especial a promoção do envelhecimento saudável e as novidades da temática da incontinência urinária aos esforços, como os exercícios de fortalecimento da musculatura pélvica.

Desta forma, consideramos este objetivo alcançado, pois ampliamos consideravelmente nossos conhecimentos teórico-práticos através das atividades propostas, interagindo com os profissionais e clientes atendidas, trocando experiências e conhecimentos sobre o climatério e prestando assistência de qualidade, subsidiada em estudos da literatura existente para promover a saúde e o autocuidado da mulher com 35 anos ou mais de idade.

7 ATIVIDADES REALIZADAS E NÃO PROPOSTAS NO PROJETO

Embora não fizessem parte da nossa proposta, realizamos algumas atividades durante o desenvolvimento do trabalho. Estas atividades serão descritas a seguir.

7.1 Realização e participação em reuniões do grupo de Planejamento Familiar no Centro de Saúde do Saco Grande

Participamos de três realizações do grupo de planejamento familiar durante o mês de outubro de 2004, no Centro de Saúde (CS) do Saco Grande, sendo que um desses encontros foi conduzido pelas acadêmicas e os demais pela enfermeira Marcia S. Del castanhel.

As reuniões do grupo de planejamento familiar são realizadas semanalmente, nas terças-feiras a partir das 09:00 horas e nas sextas-feiras a partir das 14:00 horas, com aproximadamente uma hora de duração.

No início das reuniões nos apresentávamos e explicávamos nosso trabalho no CS com as mulheres climatéricas. Em seguida eram entregues os resultados dos exames de preventivo cérvico-uterino, que as participantes haviam realizado no CS há aproximadamente 40 dias atrás, sendo que cada uma das mulheres recebia orientações específicas sobre o resultado do seu exame e quando havia alguma alteração, era realizado o encaminhamento para consulta médica.

Em nossa primeira participação no grupo de planejamento familiar havia oito mulheres, na faixa etária de 35 a 60 anos de idade. Foi abordado o tema planejamento familiar através da apresentação e orientação dos métodos anticoncepcionais existentes.

A enfermeira Marcia questionou as mulheres se gostariam que abordássemos algum assunto relacionado ao climatério. As dúvidas que surgiram foram em relação à osteoporose, então discutimos com as participantes o tema escolhido e solucionamos as dúvidas. Também convidamos as mulheres a participarem das oficinas sobre o climatério.

Realizamos a segunda reunião do grupo de planejamento familiar, no entanto apenas duas mulheres compareceram. Uma das mulheres, com 28 anos, apresentava dúvidas em relação ao DIU (dispositivo intra-uterino) e desta forma fizemos as orientações adequadas sobre o DIU e outros métodos anticoncepcionais.

Na terceira reunião de planejamento familiar que participamos, compareceu um grupo de adolescentes com cinco participantes. Esta reunião apresentou muitas trocas de conhecimento, pois as adolescentes fizeram várias perguntas sobre gravidez, uso de preservativo e outros métodos anticoncepcionais, na qual foram orientadas para o autocuidado em relação a estes temas. Também distribuímos preservativos masculinos às participantes.

Desta forma consideramos fundamentais as reuniões do grupo de planejamento familiar no CS, pois estes encontros demonstraram as dúvidas das mulheres nas diversas fases da vida como adolescência, fase adulta, climatério e menopausa.

Observamos a dificuldade das mulheres em realizar o autocuidado, algumas vezes por falta de conhecimento sobre saúde, outras vezes por negligência e imaturidade, dentre outras questões sócio-econômico-culturais.

No entanto, apesar dos déficits de autocuidado e de conhecimento apresentado pelas mulheres, a maioria demonstrou interesse em relação aos temas discutidos, questionando e participando ativamente da reunião, além de apresentarem capacidade para realizar ações de autocuidado após receber orientações ou suporte apoio-educativo, para desta forma manter sua saúde e, conseqüentemente, promover a qualidade de vida.

7.2 Participação da reunião administrativa com presença dos funcionários e coordenadora do Centro de Saúde do Saco Grande

No dia 29 de setembro de 2004 realizou-se uma reunião administrativa no CS Saco Grande, na qual participamos e apresentamos nossa proposta de estágio neste local referente a prática assistencial com mulheres no climatério.

Estavam presentes nessa reunião praticamente todos os profissionais que trabalham no CS do Saco Grande, alguns estagiários e a coordenadora do CS. Vários assuntos de ordem administrativa e necessários ao adequado funcionamento do CS foram abordados, porém aqueles que geraram maior discussão foram: localização do depósito de materiais de enfermagem e normas para funcionamento da recepção.

Admitimos que para o funcionamento eficaz e efetivo de um CS é necessário que haja interação entre a coordenação do CS e os profissionais atuantes no estabelecimento, pois divergências sempre existirão, mas é preciso espírito de equipe, respeito e bom senso no

momento de discutir assuntos relativos à administração do CS e a qualidade dos serviços prestados a comunidade.

7.3 Visita a Associação Vida Verde (Pastoral do Saco Grande)

Realizamos uma visita a Associação Vida Verde ou Pastoral do bairro Saco Grande, localizada nos fundos da Paróquia São Francisco Xavier. Nesta visita conhecemos as instalações físicas, que estavam organizadas e preenchiam quesitos de higienização, respeitando os princípios de qualidade na produção de medicamentos a base de plantas medicinais.

A disposição dos espaços se dava através de uma recepção onde a comunidade é atendida, ante-sala, sala de preparação dos medicamentos e sala para armazenar produtos e utensílios utilizados na produção dos fitoterápicos. Fora das instalações há uma horta com as plantas medicinais utilizadas para a produção dos medicamentos.

São muitos medicamentos fitoterápicos oferecidos à comunidade, todos apresentando uma especificação no rótulo, onde constam informações como fabricante do produto, nome das plantas que compõe o produto, posologia e data de validade. Alguns frascos também apresentam as indicações.

Há uma enorme variedade de pomadas, tinturas, sabonetes em barra, xampus, xaropes, chás, dentre outros produtos. Os preços cobrados pelos medicamentos são simbólicos, cerca de R\$ 1,50 o frasco de tintura.

Uma voluntária da Associação Vida Verde nos mostrou vários fitoterápicos e explicou quais eram os mais indicados para reduzir a sintomatologia experimentada no climatério, tais como: composto para menopausa: amora, inhame e radiche, tintura de Radiche e composto calmante: camomila, cidró, maracujá e melissa.

Esta voluntária referiu que a procura da comunidade por este tipo de medicamento é muito grande e que praticamente todas as pessoas voltam para comprar mais produtos. Relatou que as mulheres climatéricas também procuram medicamentos fitoterápicos para diminuir os sintomas, principalmente as ondas de calor.

Observamos grande procura da população por estes medicamentos e que as pessoas eram muito bem atendidas pelas voluntárias. O serviço é realizado com dedicação total das

voluntárias e este fato demonstra a conscientização de que as mesmas estão proporcionando uma opção de cuidado às pessoas que procuram a Associação Vida Verde.

Nossa visita à Associação Vida Verde foi muito importante, pois pudemos entrar em contato com uma realidade da comunidade, que muitas vezes busca alternativas para tratar seus problemas de saúde, como através das plantas medicinais, procurando restabelecer e cuidar de sua saúde de maneira natural.

7.4 Visita Domiciliar

Realizamos visita domiciliar a uma mulher, na qual aplicamos o segundo processo de enfermagem descrito anteriormente. Esta visita teve como objetivo principal prestar assistência à D., 41 anos de idade, e avaliar seus avanços em relação aos déficits de autocuidado previamente estabelecidos durante as duas consultas de enfermagem realizadas e após ter recebido orientações sobre sua saúde na atual fase da vida, além de ter participado da primeira oficina de climatério.

A visita foi realizada no período matutino e estavam presentes no domicílio D. e os dois filhos menores. D. referiu estar sentindo muita tristeza, chorar sem motivo, não ter vontade de fazer nada, preferindo ficar no quarto sozinha. Por esses motivos achava que tinha depressão. Também apresentava dúvidas em relação aos fatores que podem causar o câncer de mama e útero. Permanecia sem realizar atividades físicas. D. apresentava-se entristecida, com olheiras e voz chorosa.

Compreendemos que o ambiente domiciliar deixou a cliente mais à vontade para expor suas dúvidas e dificuldades, pois não tínhamos conhecimento destas questões que D. relatou nesta manhã.

Avaliamos que D. apresenta desvio de saúde, com sinais e sintomas indicativos de depressão e déficit de autocuidado em relação aos cuidados no climatério referentes à atividade física e prevenção do câncer de mama e útero.

Esclarecemos as dúvidas de D. em relação aos fatores que predispõe o câncer de mama e útero e cuidados para sua prevenção; orientamos para a realização de atividade física como caminhada, pois ajuda a combater a ansiedade e depressão, melhoram a sensação de bem-estar e a auto-estima; e esclarecemos o que é a depressão, sua fisiopatologia e encaminhamos a cliente para uma consulta médica no CS a fim de diagnosticar e tratar a depressão.

Também oferecemos o nosso apoio e o das enfermeiras do CS Saco Grande para qualquer dificuldade ou necessidade que a cliente apresentar.

A visita domiciliar foi extremamente importante, pois através desta entramos em contato com o ambiente familiar da cliente; percebemos o contexto sócio-econômico-cultural que está inserida e as condições de moradia e sanitárias. Além disso, foi nítido o relaxamento de D. em seu ambiente domiciliar e este fato foi imprescindível para que conhecêssemos suas mais profundas angústias e pudéssemos intervir, prestando assistência e orientando-a para o autocuidado.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O desenvolvimento do projeto assistencial possibilitou a busca de conhecimentos teórico-práticos acerca da saúde da mulher no climatério e promoção do autocuidado, nos trazendo crescimento pessoal e profissional.

Houve receptividade e participação dos profissionais e estagiários do Centro de Saúde do Saco Grande nas ações desenvolvidas relacionadas às mulheres no climatério, compartilhando conhecimentos e experiências e desta forma, viabilizando um trabalho interdisciplinar.

Por meio da divulgação da prática assistencial realizada no Centro de Saúde com mulheres climatéricas, obtivemos aceitação das clientes, que demonstraram interesse em participar das consultas de enfermagem e oficinas com abordagem sobre o tema, comprovando que estas atividades assistenciais são pouco exploradas, porém geram gratificação para ambas as partes, uma vez que verificamos o envolvimento e compromisso das mulheres assistidas nestas ações. Este fato ratifica a essencialidade de se construírem espaços dentro da rede primária de saúde para que a mulher no climatério possa expressar seus sentimentos e dificuldades em relação a esta fase e receber orientações específicas, contribuindo para a conquista da qualidade de vida através do autocuidado.

Verificamos que o desenvolvimento da prática assistencial foi reconhecido tanto pelas mulheres quanto pelo serviço - Centro de Saúde do Saco Grande - uma vez que, implementamos o grupo de climatério nesta instituição. As oficinas serão conduzidas pela enfermeira Marcia Del Castanhel, com demais profissionais sensibilizados com a importância dessas atividades para as mulheres que vivenciam o climatério, demanda esta, crescente na sociedade.

Constatamos nas consultas de enfermagem para realização do exame preventivo de câncer cérvico-uterino e de mamas e consultas de climatério, que as mulheres com 35 anos ou mais de idade apresentam vários déficits de conhecimento em relação ao climatério e fatores envolvidos, necessitando de suporte apoio-educação para potencializar o autocuidado.

Atingimos o objetivo de promover a saúde, por meio do fortalecimento da mulher que vivencia o climatério como sujeito ativo do autocuidado, e isto implica, em deixar de ser paciente e reivindicar informações e direitos sobre sua saúde, destinar tempo para si, ter prazer em suas atividades, entre outras possíveis descobertas nesta fase repleta de mudanças.

No momento em que as mulheres encontraram espaço para falar, ouvir e trocar experiências houve maior compreensão do processo que estão vivenciando, uma vez que, as informações discutidas nas oficinas sobre climatério, ocorreram a partir da realidade das mulheres que vivenciaram o processo. Se espaços forem abertos para o desenvolvimento de práticas educativas, haverá interação e compartilhamento de conhecimentos entre os profissionais e as mulheres climatéricas usuárias dos serviços de saúde.

A Teoria de Orem norteou a realização da prática assistencial por meio de seus conceitos e pressupostos e, neste caso, validamos a influência de fatores individuais como crenças, valores, conhecimentos e contexto sócio-econômico-cultural sobre a capacidade das mulheres na fase do climatério realizarem ações para o autocuidado.

Assim, o referencial teórico adotado facilitou a valorização do ser humano, tornando a enfermagem um serviço de ajuda, que estimula, apóia e potencializa as mulheres climatéricas ao autocuidado, auxiliando-as a enfrentar as dificuldades e buscar saúde.

À luz dos novos conceitos relacionados à prevenção e a novos hábitos de vida no climatério, emerge a realidade do envelhecimento ativo e de uma nova vida livre de tabus, reduzindo a sintomatologia experimentada, as manifestações psicossociais e as co-morbidades relacionadas ao período, devolvendo à mulher no climatério sua qualidade de vida e bem-estar.

9 REFERÊNCIAS

ALMEIDA, A. B. de **Reavaliando o climatério: enfoque atual e multidisciplinar**. São Paulo: Editora Atheneu, 2003.

ARIE, W. M. Y.; FONSECA, A. M. da; MELO, N. R. de; BAGNOLI, V. R. Anticoncepção no climatério. **Revista Brasileira de Medicina**. Edição especial: Saúde da Mulher. Jan./fev. 2004, p. 34-40. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo> >. Acesso em: 10 ago. 2004.

ATHAYDE, A. Reposição Hormonal pode provocar Câncer de Mama? **Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia**, 12 ago. 2003. Disponível em: http://www.endocrino.org.br/press_003.php>. Acesso em: 10 set. 2004.

AYALA, R. C.; PALOS, P. A.; RIVERA, L. R. Validity test of a questionnaire used to measure climacteric beliefs. v.44. **Salud pública Méx.**, set./out. 2002, p.385-391. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo>>. Acesso em: 04 ago. 2004.

BASTOS, M. H. **Sorria, você está na Menopausa: um manual de terapia natural para a mulher**. São Paulo: Ground, 2001.

BITTENCOURT, A. F.; CRUZ, J. G. da **Vivenciando o climatério como um processo natural, segundo a ótica de King**, 2002. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Graduação em Enfermagem) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

BOTELL, M. L. El climaterio y el síndrome del nido vacío en el contexto sociocultural. v.17. **Rev Cubana Med Gen Integr.**, mar.-abr. 2001, p.206-208. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo>>. Acesso em: 03 ago. 2004.

BOTELL, M. L.; SANCHEZ, S. V.; PINERO, J. P. Climaterio, familia y sexualidad. v.15. **Rev Cubana Med Gen Integr.**, mar.-abr. 1999, p.134-139. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo>>. Acesso em: 05 ago. 2004.

SMELTZER, S. C. & BARE, B. G. **Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica**. Tradução: Brunner & Suddarth. v. 1 e 2. 9 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

BUCHALLA, A. P. Check-up: você ainda vai fazer um. **Revista Veja**, São Paulo, p. 74-83, 23 abr. 2003.

CORREIA, A. P. M.; BILLO, C. H.; ERIKSON, C.; RAMOS, G.; LESSMANN, J. C.; STULP, K. P.; ROCHA, M. S.; MAGGI, R. S. A.; AMARAL, V. Z.; BRAMBATTI, V. **Relatório diagnóstico da comunidade de abrangência do Centro de Saúde do Saco Grande**. Florianópolis: Departamento de Enfermagem – UFSC, relatório da 4ª fase do curso de Graduação em Enfermagem, 2004.

ESCOBAR, F. S.; SANCHEZ, R. O. H. de Manejo integral de la mujer y hombre em el climatério. **Revista Colom. Menopausa**, 2000. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo>>. Acesso em: 10 ago. 2004.

FONSECA, A. M. da; JUNQUEIRA, P. A. de A.; POLAK, J. O. M. Tabagismo e climatério. v.47. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, jul./set. 2001, p.172-172. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo>>. Acesso em: 03 ago. 2004.

FOSTER, P. C. & JANSSENS, N. P. Dorothea E. Orem In: GEORGE, J. B. **Teorias de Enfermagem**. 4 ed. Porto Alegre: Artmed, 2000. p. 90 – 105.

FREITAS, E. V. de; PIMENTA, L. Climatério. In: FREITAS, E. V. de et al. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. p.487-495.

GUARISI, T.; NETO, A. M. P.; OSIS, M. J. et al. Incontinência urinária entre mulheres climatéricas brasileiras: inquérito domiciliar. v.35. **Rev. Saúde Pública**, out. 2001, p.428-435. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo>>. Acesso em: 04 ago. 2004.

GILDEMEISTER, S. B. Reposição hormonal ainda é tabu. n.3. **Revista Medicina & Cia**, 2002. Disponível em: <<http://www.amp.org.br/noticias7/menopausar3.htm>>. Acesso em: 10 set. 2004.

GONÇALVES, A. M.; PERPÉTUO, S. C. **Dinâmica de grupos na formação de lideranças**. 8ª ed. Rio de Janeiro: DP&A editora, 2002.

GUTIÉRREZ, E. F. Más allá del climaterio...Nuestra erótica sexualidade. **Revista Colom. Menopausa**, set. 2001, p. 291-296. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo>>. Acesso em: 10 ago. 2004.

IBGE. Departamento de População e Indicadores Sociais. **Síntese de indicadores sociais 2000**. Rio de Janeiro: IBGE, 2001. 369 p.

Jornal de Brasília. Reposição hormonal traz riscos. 3 de fev. 2004. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/imprensa/Noticias.asp>>. Acesso em: 10 set. 2004.

LABRADA, M. de la C. P.; REYES, W. G.; MEGRET, O. L. et al. Planificación familiar en el climaterio. v.16. **Rev Cubana Med Gen Integr.**, mar.-abr. 2000, p.118-124.

LITVOC, J.; BRITO, F. C. de **Envelhecimento: prevenção e promoção da saúde.** São Paulo: Atheneu, 2004.

MARINHO, R. M.; FERNANDES, C. E.; WEHBA, S.; PINTO NETO, A. M.; BARACAT, E. C. **Atenção primária e terapia de reposição hormonal no climatério.** jun. 2001. Disponível em: <<http://www.cfm.org.br/diretrizes/climaterio.pdf>>. Acesso em: 11 ago. 2004.

MENDONÇA, E. A. P. de Medicals and gender's representations on health promotion in climacteric/menopause. v.9. **Ciênc. saúde coletiva**, 2004, p.155-166. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo>>. Acesso em: 04 ago. 2004.

MINUZZI, A. P.; DIAS, A.G.; ROSSO, E. G.; SIFRONI, K. G.; KRETZER, M.; BUZZELLO, C.; CUNHA, D. da; JESUS, G. de; DAL'RI, M.; ZOLNOWSKI, S. **Relatório de administração em Saúde Pública no Centro de Saúde do Saco Grande.** Florianópolis: Departamento de Enfermagem – UFSC, relatório da 7ª fase do curso de Graduação em Enfermagem, 2004.

MONTICELLI, M. & SILVA, D. M. G. **Teorias de Enfermagem.** Florianópolis: Departamento de Enfermagem – UFSC, texto elaborado para a disciplina de Fundamentação Teórica de Enfermagem, da 6ª fase do curso de Graduação em Enfermagem, 1997.

MONTILLA, R. das N. G.; MARUCCI, M. de F. N.; ALDRIGHI, J. M. Avaliação do estado nutricional e do consumo alimentar de mulheres no climatério. v.49. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, jan./mar. 2003, p.91-95. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo>>. Acesso em: 03 ago. 2004.

MURILLO, V. V.; HERNÁNDEZ, E. N.; MIJARES, R. I. O.; CAVANZA, J. L. P.; RODRÍGUEZ, M. de los A. C.; PÉREZ, J. A. C. Experiencias y conocimientos sobre climaterio y menopausia en mujeres de la ciudad de México. **Gac. Méd. Méx.**, nov. 2000, p.555-564. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo>>. Acesso em: 05 ago. 2004.

PEDRO, A. O.; NETO, A. M. P.; PAIVA, L. H. S. C. et al. Procura de serviço médico por mulheres climatéricas brasileiras. v.36. **Rev. Saúde Pública**, ago. 2002, p.484-490. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo>>. Acesso em: 03 ago. 2004.

PEDRO, A. O.; NETO, A. M. P.; PAIVA, L. H. S. C. et al. Síndrome do climatério: inquérito populacional domiciliar em Campinas, SP. v.37. **Rev. Saúde Pública**, dez. 2003, p.735-742. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo>>. Acesso em: 04 ago. 2004.

PEREIRA, H. B. C.; SIGNER, R. **MICHAELIS: pequeno dicionário espanhol-português, português-espanhol**. São Paulo: Companhia Melhoramentos, 1996.

PEREIRA, S. R. M.; Mendonça, L. M. C. de Osteoporose e Osteomalacia. In: FREITAS, E. V. de et al. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. p.515-531.

REDE FEMINISTA DE SAÚDE. **Dossiê Menopausa**. 2001. Disponível em: <<http://www.redesaude.org.br/dossies/html/dossiemenopausa.html>>. Acesso em: 10 ago. 2004.

SANTOS, E. K. A. **A mulher como foco central na prática do aleitamento materno: uma experiência assistencial fundamentada na teoria do autocuidado de Orem**, 1991. Dissertação (Mestrado em Assistência de Enfermagem) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE. **Manual do Serviço de Prevenção do Câncer do Colo do Útero e de Mamas**. Florianópolis, 2003. Disponível em: <http://www.pmf.sc.gov.br/saude/manual_prev_cancer.pdf>. Acesso em: 15 ago. 2004.

SILVA, C. P. da; ALVES, K. C.; ZARDO, S. **O preventivo de câncer de mama e cérvico-uterino como uma oportunidade para estimular o autocuidado à mulher na fase climatérica**, 2001. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Graduação em Enfermagem) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

SILVA, L. A. B. da **A alternativa dos fitohormônios**. n.3. **Revista Medicina & Cia**, 2002. Disponível em: <<http://www.amp.org.br/noticias7/MenopausaLink2.htm>>. Acesso em: 10 set. 2004.

ZAMPIERI, M. F. M. **Menopausa**. Florianópolis: Departamento de Enfermagem – UFSC, apostila da 4ª fase do curso de Graduação em Enfermagem, 2002.

10 APÊNDICE

10.1 Apêndice 1

Questionário para Identificação do Perfil das Mulheres Climatéricas

Nome: _____

Idade: _____

Estado civil:

() Solteira () Casada

Número de filhos: _____

Profissão: _____

Renda Mensal (aproximada): _____

Escolaridade:

() 1º Grau incomp. () 1º Grau comp. () 2º Grau incomp. () 2º Grau comp.
() 3º Grau incomp. () 3º Grau Completo

Endereço (com referência): _____

Telefone para contato: _____

O que você sabe sobre o climatério?

Como você se sente na atual fase da vida (climatério)? Tem alguma queixa?

Você tem dúvidas a respeito desta fase? Quais?

Você realiza algum cuidado específico relativo à fase do climatério? Qual?

Já procurou algum profissional do CS do Saco Grande para obter informações sobre esta fase?

() Médico () Enfermeiro () Outro profissional _____

Em que situação? Quais eram as dificuldades? _____

Quais os temas que você gostaria de discutir em oficinas sobre o climatério?

Regularidade do ciclo menstrual: _____

Data da última menstruação: _____

Você está na menopausa?

() Sim () Não () Não sabe

Você utiliza algum método contraceptivo?

() Sim () Não Qual? _____

Há quanto tempo? _____

Faz reposição hormonal?

() Sim () Não

Você tem sintomas característicos do climatério como:**Ondas de calor (Fogachos)**

☐ Nunca ☐ menos de 3 vezes / dia ☐ de 3 a 10 vezes / dia ☐ 11 ou + vezes / dia

Sudorese

☐ Nunca ☐ menos de 3 vezes / dia ☐ de 3 a 10 vezes / dia ☐ 11 ou + vezes / dia

Palpitação

☐ Nunca ☐ menos de 3 vezes / dia ☐ de 3 a 10 vezes / dia ☐ 11 ou + vezes / dia

Tontura

☐ Nunca ☐ menos de 3 vezes / dia ☐ de 3 a 10 vezes / dia ☐ 11 ou + vezes / dia

Fadiga

☐ Nunca ☐ menos de 3 vezes / dia ☐ de 3 a 10 vezes / dia ☐ 11 ou + vezes / dia

Nervosismo

☐ Nunca ☐ menos de 3 vezes / dia ☐ de 3 a 10 vezes / dia ☐ 11 ou + vezes / dia

Irritabilidade

☐ Nunca ☐ menos de 3 vezes / dia ☐ de 3 a 10 vezes / dia ☐ 11 ou + vezes / dia

Cefaléia

☐ Sim ☐ Não

Depressão

☐ Sim ☐ Não

Insônia

☐ Sim ☐ Não

Perda da memória

☐ Sim ☐ Não

Queda de cabelo

☐ Sim ☐ Não

Pele seca

☐ Sim ☐ Não

Dispareunia

☐ Sim ☐ Não

Secura vaginal

☐ Sim ☐ Não

Diminuição do interesse sexual

☐ Sim ☐ Não

Sentimento de não se sentir atraente

☐ Sim ☐ Não

Outras queixas sexuais_____

Você tem incontinência urinária?

☐ Não ☐ Sim. Perde urina quando tosse, ri ou carrega peso

Realiza atividades de lazer? Quais?_____

Pratica exercícios físicos?

☐ Sim ☐ Não Quais?_____

Você sabe quais alimentos são importantes na fase do climatério? Porque?

A sua dieta contém estes alimentos? Quais? Com que frequência os ingere?

Outras informações:

Este questionário foi elaborado pelas acadêmicas de enfermagem – UFSC Mariana Dal’Ri e Suzana Zolnowski, baseado no artigo “Validación de um cuestionario para la medición de las creencias sobre el climatério” de Rubén Chávez-Ayala, Patricia Andrade-Palos e Leonor Rivera-Rivera, 2002.

10.2 Apêndice 2

Processo de Enfermagem segundo Orem (Adaptado por Santos, 1991)

1 - Identificação

Nome:

Idade:

Escolaridade:

Profissão:

Estado civil:

Número de filhos:

Endereço (com referência):

Telefone:

2 – Requisitos de Autocuidado

2.1 Requisitos Universais

- Manutenção de influxo suficiente de ar;
- Manutenção de influxo suficiente de água;
- Manutenção de influxo suficiente de alimentos;
- Provisão de cuidados associados com os processos de eliminação e excreção;
- Manutenção de equilíbrio entre atividade e repouso;
- Manutenção do equilíbrio de recolhimento e integração social;
- Promoção do funcionamento e desenvolvimento normais (aspecto geral funcional);
- Prevenção de riscos à vida, ao funcionamento e bem-estar.

2.2 Requisitos Desenvolvimentais

- Aspectos relativos à história ginecológica

- menarca;
- primeira relação sexual;
- número de filhos;
- número de gestações;
- tipos de partos;
- abortos;
- método contraceptivo;
- amamentação;
- problemas mamários;
- regularidade do ciclo menstrual;
- fluxo menstrual;
- data da última menstruação;
- realização de alguma cirurgia ginecológica;
- sexualidade;
- dispareunia;
- menopausa.

➤ **Aspectos motivacionais**

- Porque procurou o Centro de Saúde do Saco Grande?
- Como se sente na fase do climatério? Gosta de si mesma?
- Tem interesse pelo funcionamento do seu corpo?
- O que você sabe sobre o climatério?
- O que você acha desta fase (climatério)?
- Enfrenta dificuldades com relação a este período? Quais?
- Realiza algum cuidado específico para minimizar estas dificuldades?
- Você participa de algum grupo específico de saúde da mulher ou de climatério?
- Quais os temas que gostaria de discutir em oficinas sobre o climatério?

➤ **Aspectos cognitivos**

- Tem dúvidas a respeito desta fase? Quais?
- Realiza algum cuidado específico ao período que vivencia? Qual?
- Você sabe quais alimentos são importantes na fase do climatério?
- Já procurou algum profissional do Centro de Saúde para obter informações sobre esta fase? Que profissional?
- O que seu companheiro pensa sobre a fase que você está vivenciando?
- Tem interesse em trocar conhecimentos e experiências sobre o climatério para potencializar a capacidade de cuidar-se nesta fase?
- Crenças, costumes e tradições com relação ao climatério.

2.3 Desvio de Saúde

- Realiza exame preventivo de câncer cérvico-uterino e de mamas periodicamente? Com que frequência?
- Faz o auto-exame de mamas? Quando, como, frequência.
- Como se sente no período do climatério?
- Faz terapia de reposição hormonal?
- Utiliza algum fitohormônio/fitoestrógeno?
- Realiza exercícios físicos? Com que frequência e duração?
- Realiza algum cuidado:
 - com a pele? Utiliza protetor solar e/ou hidratante?
 - relacionado à atividade sexual? Utiliza lubrificantes vaginais?
 - para o fortalecimento do períneo? Faz exercícios específicos?
 - com a alimentação? Faz alguma dieta?
- Apresenta sinais e sintomas relacionados ao climatério, tais como:

() Ondas de calor (Fogachos)	() Fadiga	() Perda de memória
() Sudorese	() Irritabilidade	() Insônia
() Palpitação	() Cefaléia	() Queda de cabelo
() Tontura	() Depressão	() Pele seca
() Dispareunia	() Secura vaginal	() Incontinência urinária
() Cardiopatias	() Osteoporose	() Obesidade
() Diminuição da libido	() Alterações na atividade sexual	

10.3 Apêndice 3

Consentimento Informado

Eu, _____, estou ciente de que minha participação neste estudo irá contribuir para a realização do Projeto Assistencial intitulado: **“Assistência à Saúde da Mulher: promovendo o autocuidado da mulher no climatério”**, elaborado pelas Acadêmicas da 8ª fase do Curso de Graduação em Enfermagem, Mariana Dal’Ri e Suzana Zolnowski, da Universidade Federal de Santa Catarina. Minha participação é voluntária, contudo, me será resguardado o anonimato.

Assinatura da Cliente

Assinatura da Acadêmica de Enfermagem

Florianópolis, _____ de _____ de 2004.

10.4 Apêndice 4

CONVITE

Venha participar!!!

Entenda mais sobre você mesma!

Para todas as mulheres com 35 anos ou mais de idade,
Oficina sobre o **CLIMATÉRIO** (período da vida feminina que se estende a partir dos 35 anos).

Data: 23/09/2004.

Horário: 14:00 horas.

Local: Centro de Saúde Saco Grande –
piso superior.



Acadêmicas de Enfermagem 8ª fase UFSC
Suzana Zolnowski e Mariana Dal' Ri

CONVITE !!!

Não perca!

Para todas as mulheres a partir dos 35 anos de idade!

Venha participar da **2ª Oficina sobre o CLIMATÉRIO**.

Você poderá tirar todas as dúvidas a respeito desta fase de sua vida!

Além de se divertir e fazer muitas amigas,
no grupo que já é um sucesso!

DATA: 14/10/2004.

HORÁRIO: 14:00 horas.

Local: Centro de Saúde Saco Grande, no auditório– piso superior.

Acadêmicas de Enfermagem 8ª fase UFSC
Mariana Dal' Ri e Suzana Zolnowski.



10.5 Apêndice 5

Ei! Você!!!

Mulher com 35 anos ou mais de idade!



Já sentiu algum desses sintomas?

Calorões (fogachos), irritabilidade, sente o coração disparar, tem depressão, vagina e pele mais secas, falta de interesse sexual ou queda de cabelo???



Muita atenção!

Eles podem estar relacionados ao

CLIMATÉRIO.

Você sabe o que é isso?

É o período da vida da mulher em que os hormônios produzidos pelos ovários (o estrogênio e a progesterona) vão diminuindo, até você parar de menstruar (que é a Menopausa).

Saiba como cuidar bem de sua saúde nesse período.

Pergunte para a enfermeira Marcia ou fale com Mariana e Suzana.

Tire suas dúvidas!

Tenha uma vida saudável e feliz!



**Acadêmicas: Mariana Dal' Ri e Suzana Zolnowski.
8ª fase Enfermagem - UFSC.**

10.6 Apêndice 6

Este folheto procura ajuda-la a entender o climatério e como aproveitar melhor esta fase da sua vida.

Durante o climatério o nível de alguns hormônios diminui bastante, o que pode provocar alguns efeitos desagradáveis.

Uma informação adequada sobre o climatério pode ajuda-la a reduzir esses efeitos e a descobrir por si mesma como, sob vários aspectos, uma nova vida está apenas começando.



O que é o Climatério?

O climatério é o período da vida da mulher que tem o seu início por volta dos 35 anos de idade, quando os ovários começam a diminuir a produção dos hormônios femininos estrógeno e progesterona. No momento em que se atinge a menopausa, a função dos ovários praticamente acaba, não produzindo mais estes hormônios e determinando o fim da menstruação. Este é o sinal da natureza de que sua função reprodutora está terminando. Quando a menstruação não ocorrer por 12 meses seguidos, em mulheres na proximidade dos 50 anos, significa que iniciou o período da menopausa.

Viver a fase do climatério pode trazer renovação, crescimento, maturidade e realização! Isso dependerá de você mesma, da maneira como você aceitar e aproveitar esta fase! Pense nisso! Cuide de sua saúde e busque a qualidade de vida!



CLIMATÉRIO & AUTOCUIDADO

**CUIDE-SE PARA
VIVER MAIS E MELHOR**

Melhore sua saúde e qualidade de vida

Este folheto é parte integrante do Projeto Assistencial "Assistência à Saúde da Mulher:

Promovendo o Autocuidado da Mulher no

Climatério", e foi elaborado pelas acadêmicas

Mariana Dal' Ri e Suzana Zolnowski da 8ª Unidade

Curricular do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC.

Florianópolis, outubro de 2004.

Quais são os sinais e sintomas do climatério?

Conforme os níveis de estrogênio decrescem, podem surgir vários sinais e sintomas, que são: menstruações irregulares, ondas de calor (fogachos), suores noturnos, insônia, dor durante as relações sexuais, menor desejo sexual, vagina ressecada e menos elástica. Além disso, podem surgir problemas na bexiga, como urgência, incontinência urinária e cistite. A pele e os cabelos se tornam ressecados; a forma do corpo pode se modificar. Também são comuns as mudanças de humor, depressão, irritabilidade, nervosismo, dor de cabeça, cansaço, tontura e esquecimento.

Os sintomas mencionados acima não causam nenhum perigo à vida e, eventualmente, desaparecerão ao longo do tempo. Portanto, o desejo de você se tratar pode depender do quanto os sintomas a incomodam. Porém, há os efeitos do climatério e menopausa que não podem ser vistos ou sentidos rapidamente. Esses efeitos são principalmente a osteoporose e as doenças cardiovasculares, e são eles que determinam maior impacto em sua saúde e bem-estar futuro.



Como manter a saúde no climatério...

Muitas mulheres se preocupam se irão ganhar peso e desenvolver problemas de saúde com o passar da idade. Portanto, para viver mais e com maior qualidade de vida, tenha uma dieta saudável e faça exercícios regularmente. Cuide-se!

Ossos saudáveis – Osteoporose significa “ossos porosos”, ou seja, ossos fracos e, é determinada pela perda de massa óssea, aumentando o risco de fraturas. Esta é uma doença sem sintomas, que aparece com a redução do estrogênio no climatério e, principalmente na menopausa. Ossos saudáveis e fortes desenvolvem-se a partir de uma dieta rica em cálcio (leite e derivados, verduras de folhas verde escuras, feijão, sardinha), vitamina D (sintetizada pela luz solar) que ajuda na absorção do cálcio, e exercícios regulares.

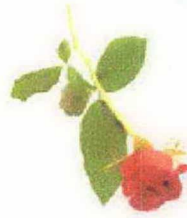
Dieta saudável – Coma devagar e mastigando bem os alimentos. Prefira refeições menores, fazendo 5 ou 6 refeições por dia. Coma frutas e vegetais frescos, arroz integral, peixe, e magra, alimentos ricos em cálcio (leite e derivados). Evite alimentos gordurosos (como frituras) e o açúcar, pois eles favorecem a obesidade, as doenças do coração e dos vasos. Você também deve consumir pouco sal, para evitar a hipertensão arterial. Inclua na alimentação as fibras presentes nas cascas, sementes, grãos, frutas e vegetais. Elas são essenciais para seu intestino funcionar bem. Mas, lembre-se de beber bastante líquido (cerca de 2 litros por dia), para as fezes não ficarem endurecidas.

Exercícios físicos – Nunca é tarde para começar ou continuar uma atividade física. Os exercícios ajudam a combater a obesidade, diabetes, colesterol e pressão alta, reduzindo o risco de doenças do coração. Melhoram a flexibilidade das articulações (juntas), aumentam a força muscular e a rigidez dos ossos, além de combater a depressão. Mas, para praticá-los com segurança, o ideal é fazer antes uma avaliação médica.

Dê preferência às caminhadas usando tênis confortáveis e roupas leves, claras e ventiladas. Tome água antes, durante e depois dos exercícios e, não faça exercícios em jejum, faça um lanche leve antes. Caminhe de 3 a 5 vezes por semana, durante 40 a 60 minutos. Não se esqueça de realizar alongamento antes e depois do exercício. Cuidado com o sol! Pratique os exercícios antes das 10:00 ou após às 16:00 horas.

Dançar também é um bom exercício!!!

Mas, **ATENÇÃO!!!** Para que estes exercícios não prejudiquem, você não deve sentir muito cansaço, falta de ar ou outro desconforto (mal-estar).



Amor e desejo não têm idade!!!

Algumas pessoas deixam de fazer sexo por vergonha ou preconceito. Porém, sexo faz muito bem à saúde. No climatério, a vagina pode ficar mais seca e o interesse sexual diminuído, portanto, tenha relações sexuais prazerosas dando prioridade aos carinhos antes da penetração. Se for necessário, utilize um lubrificante vaginal.

Um bom conselho é conversar abertamente com seu parceiro sobre suas dificuldades e, lembrar que hoje, a mulher sabe que sua capacidade de sentir prazer nesta fase está mais madura!

Se você ainda menstrua, lembre-se que ainda tem a possibilidade de engravidar, portanto, escolha algum método anticoncepcional para evitar a gravidez, como camisinha, DIU, pílula etc.

Se houver qualquer dúvida ou problema procure um médico ou enfermeira do Centro de Saúde.

É hora de cuidar de si mesma!!!

Procure não se isolar. A solidão pode levar ao desânimo e à depressão. Participe de festas, grupos, cursos e passeios, aprenda coisas novas. Faça novas amizades. Vale até uma nova profissão.

Exercite sua memória: leia jornais, livros e revistas; veja TV; ouça rádio. Faça palavras cruzadas, jogue com os amigos, inclusive jogo da memória, faça trabalhos manuais. E para não esquecer, anote tudo num bloco de recados.

Tenha um sono tranquilo! Dê a si mesma tempo suficiente para dormir e evite beber café ou chá antes de deitar. Procure repousar, estar descontraída e livre do stress e tensões (mesmo que seja difícil, tente!).

Cuide de sua pele: evite a exposição solar sem filtro, mantenha a pele úmida com cremes hidratantes, pare de fumar e lembre-se de tomar bastante líquido.

Evite bebidas alcoólicas e fumo!

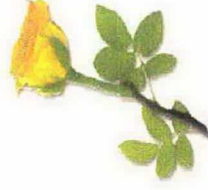
O que é a Terapia de Reposição Hormonal (TRH)?

A TRH consiste no uso de medicamentos a fim de repor o hormônio estrogênio, que seus ovários deixam de fabricar. O hormônio progesterona deve ser adicionado ao tratamento de reposição hormonal para todas as mulheres que têm útero. **Os benefícios da TRH são:** diminuir os sintomas como ondas de calor, alterações vaginais e urinárias. Além de evitar a perda de massa óssea. **Riscos da TRH** - alguns estudos demonstram, que utilizar a TRH por longo período favorece o aparecimento de câncer de mama e de doenças tromboembólicas.

O que são os fitohormônios?

Os fitohormônios ou fitoestrógenos são hormônios presentes em plantas capazes de imitar alguns efeitos do estrógeno no corpo. Um exemplo é a isoflavona, composto extraído da soja, que você encontra na forma de cápsulas em farmácias de manipulação e, principalmente, nos alimentos como a soja e seus derivados, peixes, repolho, brócolis, couve-flor, alho, rabanete e couve. Pesquisas indicam, que o consumo diário da soja ajuda a prevenir doenças do coração, osteoporose, alguns tipos de câncer, e diminui os desconfortos provocados pelo climatério. Inclua a soja na sua dieta!!!

Procure o Centro de Saúde...



- ♥ **Faça o exame preventivo de câncer cervico-uterino** anualmente, para identificar infecções vaginais e lesões pré-cancerosas no colo do útero;
- ♥ **Mamografia** a cada dois anos, para identificar tumores nas mamas em fase inicial;
- ♥ **Exames de laboratório** anualmente (check-up), como colesterol e triglicérides, glicemia e hemograma, para controlar o colesterol, diabetes, anemia, etc;
- ♥ **Densitometria Óssea** conforme prescrição médica, para prevenir a osteoporose;

Aprenda a se defender do câncer de mama fazendo o **auto exame das mamas** todo mês, 1 semana após a menstruação.

Referências

BASTOS, M. H. Sorria, você está na **Menopausa**: um manual de terapia natural para a mulher. São Paulo: Ground, 2001.

FREITAS, E. V. de; PIMENTA, L. Climatério. In: FREITAS, E. V. de et al. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. p.487-495.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Viver mais e melhor**: um guia prático para você melhorar sua saúde e qualidade de vida, 1999.

ZAMPIERI, M. F. M. **Menopausa**. Florianópolis: Departamento de Enfermagem – UFSC, apostila da 4ª fase do curso de Graduação em Enfermagem, 2000.

Viva bem no climatério!!!

Você faz parte de uma nova geração de mulheres. Há um século atrás, as mulheres não viviam muito além dos 50 anos, enquanto que, atualmente, a expectativa de vida da mulher atinge os 80 anos.

À medida que você se aproxima dos 35 anos, o seu corpo inicia uma nova fase da vida: o climatério.

Hoje se sabe, que a vida durante e após o climatério pode ser tão completa, agradável e produtiva como era antes dessa fase.

Por isso, não se esqueça de cuidar de si mesma, da sua saúde! Um forte abraço, Mariana e Suzana!

10.7 Apêndice 7

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

ALIMENTANDO-SE COM SOJA

Acadêmicas: *Mariana Dal’Ri e Suzana Zolnowski*

Esta Apostila de Receitas com Soja é parte integrante do Projeto Assistencial “*Assistência à Saúde da Mulher: Promovendo o Autocuidado da Mulher no Climatério*”, e foi elaborada pelas acadêmicas Mariana Dal’Ri e Suzana Zolnowski da 8ª Unidade Curricular do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC.

Florianópolis, 14 de outubro de 2004.

Apostila de Receitas com Soja

Alimento supernutritivo, a soja contém proteínas, vitaminas, minerais, fibras e pode ser utilizada de várias formas na culinária.

Não deixe de incorporá-la ao seu cardápio do dia-a-dia.

É sua saúde que sairá ganhando!!!

No climatério, quando os níveis de estrógeno (hormônio feminino produzido nos ovários) diminuem significativamente, muitas mulheres optam pela reposição hormonal com medicamentos. Porém, este tipo de tratamento pode aumentar os riscos da mulher desenvolver câncer de mama, por exemplo. Já está comprovado cientificamente, que produtos derivados da soja são eficazes contra a falta de estrógeno no corpo das mulheres que estão no climatério e menopausa. E o melhor: sem efeitos colaterais. Ou seja, **a soja é um repositor hormonal natural!!!** Antes de decidir pela reposição hormonal para combater os sintomas do climatério, tais como ondas de calor, ressecamento vaginal, depressão, desconforto generalizado e mudanças de humor, considere uma pequena mudança nos seus hábitos alimentares. A soja contém isoflavona, que é um fitohormônio (hormônio de vegetais) ou também chamado fitoestrógeno (estrógeno de vegetais). A isoflavona é um composto vegetal que simula (imita) a ação do estrógeno no corpo humano, e além da soja, também é encontrada na cenoura, batata, feijão e sementes de girassol. Pesquisas realizadas nos Estados Unidos e no Japão indicam que o consumo da soja ajuda a prevenir doenças do coração e das artérias, osteoporose, alguns tipos de câncer (como o de mama e ovário), reduz o colesterol ruim (LDL) e a pressão arterial, previne o envelhecimento precoce e **diminui os desconfortos provocados pelo climatério** (em especial as ondas de calor ou fogachos). Além disso, a soja é rica em fibras, que fazem o intestino funcionar melhor e eliminar mais as gorduras ingeridas, sem que estas sejam absorvidas. Não é à toa que os chineses e japoneses chamam a soja de **"o grão sagrado"**.

😊 Receitas com Soja 😊

🍳 **PROTEÍNA DE SOJA (CARNE DE SOJA)**

A proteína de soja ao ser hidratada, no mínimo, dobra de volume, chegando até a triplicar. Para hidratá-la, deixar de molho na água de 15 a 20 minutos até dobrar de volume. Daí o seu baixo custo, mas de ótimo valor nutritivo.

A proteína de soja pode ser usada:

⇒ **PURA** ⇐

Refogar com todos os ingredientes depois de hidratada, como carne moída ou picadinho, pois a proteína de soja absorve o sabor dos temperos.

Sucrilhos:

Fritar a proteína de soja com manteiga ou margarina e acrescentar açúcar suficiente para caramelar. Ou utilize mel de abelha ou melado de cana.

⇒ **MISTURADA** ⇐

Bife de soja:

Acrescentar a proteína de soja com 1/3 a 1/2 de carne de vaca.

Almôndegas:

Usar a receita acima. Fazer bolinhos e cozinhar em molho de tomate

Mingau de soja:

Misturar a soja hidratada às receitas de sopas e mingaus, para enriquecer.

🍳 **PATÊ DE SOJA EM GRÃO OU MACASSA**

Ingredientes

- 1 xícara de soja em grão
- água para cozinhar-la (3 xícaras de água).

Modo de preparo

Deixar de molho a soja para que ela cresça e solte a primeira casquinha. (É bom deixar de molho à noite). Retirar as casquinhas e cozinhar a soja como feijão. Sem tempero. Quando cozida, bater no liquidificador com alho, manjerona, orégano, sal, salsinha e ir pondo um fio de óleo para que ela não tranque o liquidificador. É uma pasta riquíssima. Pode ser usada no pão.

SOPA CREME DE SOJA

Ingredientes

- 1 xícara (chá) de massa de soja
- 3 xícaras (chá) de leite de soja
- 2 colheres de sopa de farinha de trigo
- 1 colher (chá) de sal
- 1 colher de sopa de salsa picada
- 2 colheres de sopa de óleo
- 1 xícara (chá) de caldo de carne

Modo de preparo

Leve o óleo ao fogo para esquentar. Desmanche a farinha de trigo em uma xícara de leite de soja. Misture esta farinha e o leite com o óleo, mexendo sempre até ferver. Junte então, o restante do leite de soja, a massa, o sal e o caldo de carne. Quando estiver fervendo, junte a salsa picada e deixe ferver por mais 15 minutos.

BIFE ou HAMBURGER DE SOJA

Ingredientes

- 2 xícaras (chá) de soja cozida
- 1 xícara (chá) de arroz cozido
- 2 colheres de sopa de cebola picada
- 2 colheres de sopa de cheiro verde picado
- 2 ovos
- 1 xícara (chá) de migalhas de pão
- sal e pimenta a gosto

Modo de preparo

Amasse bem a soja e misture com os ingredientes restantes. Forme bifés redondos (use a boca de um copo para cortar os bifés), e asse em forno moderado até que dourem por uns 15 minutos.

CARNE MOÍDA E ENRIQUECIDA

Ingredientes

- 2 copos de carne de soja hidratada e espremida
- 1 colher de carne moída (opcional)
- 3 colheres (sopa) de farelo
- 3 colheres (sopa) de óleo
- 1 cebola média

- Tempero a gosto

Modo de preparo

Colocar o óleo com tempero de alho e sal na panela e refogar as carnes. Acrescentar o farelo. Colocar a cebola picada e o restante do óleo e os temperos.

BIFE DE SOJA COM CASCA DE BANANA

Ingredientes

- ½ kg de carne de soja hidratada e espremida
- ½ kg de carne moída de vaca (opcional)
- 3 cascas de banana.
- 1 colher de colorau
- 1 cebola média picadinha
- 3 galhos de coentro ou salsa
- ½ copo de fubá
- ½ copo de farelo
- 2 ovos (opcional)

Modo de preparo

Picar e refogar as cascas de banana em óleo. Juntar os outros ingredientes, dar a forma de bifes e fritar.

PIZZA – BOLO

Ingredientes

Massa:

- 2 copos de farinha de trigo
- ½ copo de farelo de trigo
- 2 copos de água
- 1 cebola
- 1 colher (sopa) de óleo
- 1 colher (sopa) de fermento

Modo de preparo

Dourar a cebola no óleo. Liquidificar esses ingredientes, inclusive a cebola, e reservar.

Recheio:

- 1 copo de proteína de soja hidratada (PTS, carne de soja)
- 1 cebola pequena
- ½ pimentão

- 1 tomate maduro
- 1 colher (sopa) de óleo

Modo de preparo

Refogar os temperos e colocar a proteína de soja e deixar temperando por uns 10 minutos. Untar a forma, colocar a massa liquidificada e o recheio por cima. Levar ao forno. Você pode usar o molho de tomate sobre a pizza.

COZIDO DE SOJA

Ingredientes

- 2 xícaras (chá) de soja crua, lavada e escorrida
- 2 litros de água
- 3 colheres (sopa) de óleo
- 2 envelopes ou cubos de caldo de carne
- 2 colheres (chá) de sal
- ½ cebola média picada
- 1 dente de alho espremido
- ½ xícara (chá) de bacon picado

Modo de preparo

Numa panela de pressão, coloque a soja, a água, 2 colheres (sopa) de óleo, 1 envelope ou 1 cubo de caldo de carne e 1 colher (chá) de sal, e deixe cozinhar em fogo alto por 40 minutos após o início da fervura. À parte, aqueça o óleo restante em fogo alto e refogue a cebola, o alho e o bacon até dourarem. Junte uma concha de soja cozida e amasse com uma colher de pau. Acrescente o outro envelope ou cubo de caldo de carne e o sal restante, e refogue por 2 minutos. Volte à panela de pressão e deixe cozinhar em fogo médio, com a panela semitampada, por 15 minutos, ou até encorpar ligeiramente.

TORTA SALGADA DE SOJA

Ingredientes

Massa:

- ½ xícara de maisena
- 1 e ½ xícara de farinha de trigo
- 1 pitada de sal
- 3 gemas
- 2 colheres de sopa de margarina
- ¼ de xícara de água

Modo de preparo

Junte todos os ingredientes da massa. Com as pontas dos dedos amasse bem, até ficar homogênea. Estenda sobre a forma untada.

Recheio:

- 1 cebola
- 2 dentes de alho
- 2 colheres de sopa de óleo
- 2 colheres de sopa de margarina
- 1 litro de leite de soja
- 1 xícara de cenoura cozida em cubinhos
- 1 xícara de queijo ralado
- 1 lata de ervilhas
- 1 xícara de queijo prato cortado em pedaços
- sal a gosto
- 2 colheres de sopa de margarina

Modo de preparo

Frite a cebola, o alho e a margarina. Junte o leite de soja misturando a maisena. Reduza o fogo, mexendo até engrossar. Retire do fogo, acrescente o queijo ralado, sal a gosto. Deixe esfriar. Adicione a ervilha, a cenoura e o queijo prato em pedaços. Despeje sobre a massa e leve a assar por 30 minutos. Sirva quente.

BOLACHA DE SOJA

Ingredientes

- 1 xícara (chá) de margarina
- 2 ovos
- 1 e meia xícara (chá) de açúcar
- 1 xícara (chá) de farinha de soja
- 1 xícara (chá) de côco ralado
- 3 xícaras (chá) de polvilho doce

Modo de preparo

Bater na batedeira a margarina, os ovos e o açúcar até formar um creme. Misturar a farinha de soja com o côco ralado ao creme, misturar bem e ir adicionando o polvilho doce até formar uma massa homogênea. Abrir a massa com rolo e cortar os biscoitos no formato desejado. Colocar em forma untada e polvilhada com farinha de trigo, assar em forno baixo por mais ou menos 10 minutos.

😊 **DICAS IMPORTANTES:** 😊

👤 Para preparar o leite de soja, dilua 2 colheres de sopa do leite de soja em pó em um copo de água.

👤 Para utilizar o grão de soja: deixe de molho os grãos da soja em água por 12 horas (pode ser à noite). Retire a água restante e cozinhe os grãos em panela de pressão (uma parte de soja para duas de água) por 45 minutos. Você pode utilizar como salada: retirando novamente o restante de água e colocando os grãos já frios na geladeira. Sugestão: tempere com molho tipo vinagrete. Ou pode preparar como feijão: batendo no liquidificador 3 conchas de soja já cozidas e devolvendo essa mistura ao caldo restante da panela. Sugestão: tempere como se fosse feijão.

👤 A farinha de soja pode ser usada substituindo 30% da farinha de trigo das receitas de bolo ou pão por farinha de soja.

LEMBRE-SE:

👤 Estudos mostram, que as mulheres que incluem diariamente em sua dieta 60g de proteína de soja (equivalente a 4 colheres de sopa), têm os sintomas característicos do climatério diminuídos significativamente.

Referências:

<http://www.segredosdasoja.hpg.ig.com.br>

http://www.uol.com.br/cyberdiet/colunas/020125_nut_x_fitoestrogeno_saber.htm

<http://www.sexologia.com.br/menopausaesoja.htm>

http://www.saudeemmovimento.com.br/reportagem/noticia_exibe.asp?cod_noticia=834

Esta Apostila de Receitas com Soja é parte integrante do Projeto Assistencial “Assistência à Saúde da Mulher: Promovendo o Autocuidado da Mulher no Climatério”, e foi elaborada pelas acadêmicas Mariana Dal’Ri e Suzana Zolnowski da 8ª Unidade Curricular do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC.

10.8 Apêndice 8



MOMENTOS REGISTRADOS DURANTE A PRÁTICA ASSISTENCIAL!

**Divulgação da 1ª Oficina
sobre Climatério.**

**Acadêmica Mariana fixando o
cartaz em panificadora
próxima ao Centro de Saúde
do Saco Grande.
15/09/2004.**



**1ª Oficina
sobre o
Climatério,
dia 23 de
setembro de
2004.**

**Dinâmica
intitulada
“confeção e
apresentação
de cartazes”.**





**Apresentação dos
cartazes
confeccionados pelas
participantes
relativos à fase do
climatério!**



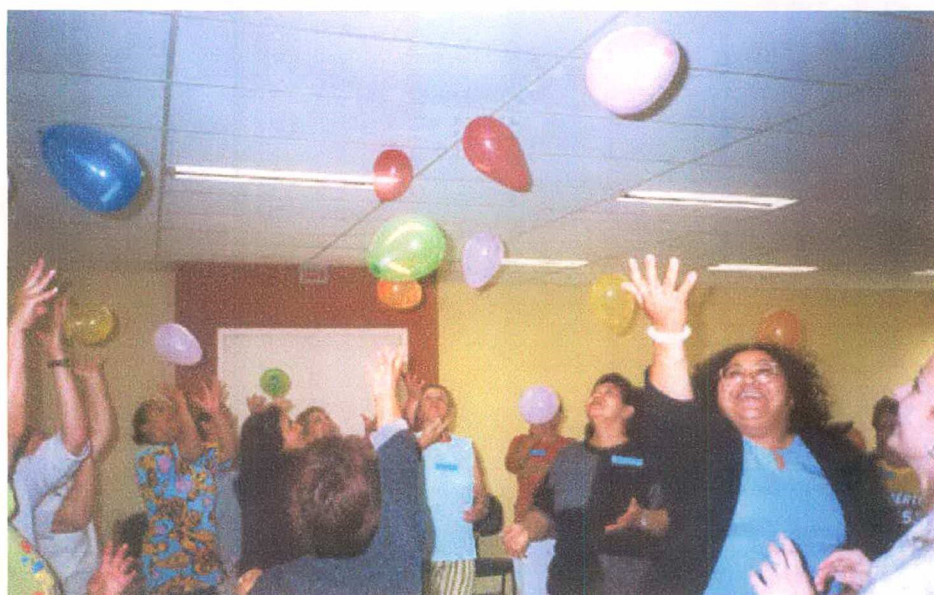
**Acadêmica Suzana fixando o cartaz
da 2ª Oficina sobre o Climatério em
um estabelecimento próximo ao CS
Saco Grande.
07/10/2004.**



**2ª Oficina sobre o Climatério, dia 14
de outubro de 2004.
Realização da dinâmica intitulada
“bingo educativo sobre os
alimentos”.
Sorteio dos números!**



Dinâmica do bingo com participação da acadêmica de nutrição – UFSC, Paloma.



Dinâmica intitulada “balão do desejo”!



Atividade realizada e não proposta: visita a Associação Vida Verde.

10.9 Apêndice 9

**ESTE RESUMO FOI BASEADO NO MANUAL DE CONTROLE DAS DOENÇAS
SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS DO MINISTÉRIO DA SAÚDE,
1999 – 3ª EDIÇÃO.**

1999 - Ministério da Saúde

1ª edição 1993

2ª edição 1997

É permitida a reprodução parcial ou total, desde que citada a fonte.

Tiragem: 30.000 exemplares

Elaboração: Coordenação Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis e Aids,
Secretaria de Projetos Especiais de Saúde, Ministério da Saúde.
Esplanada dos Ministérios - Bloco G - sobreloja
70058-900 Brasília - DF Brasil

Publicação financiada com recursos do Projeto 914/BRA59 - UNESCO

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Projetos Especiais de Saúde.
Coordenação de Doenças Sexualmente Transmissíveis e Aids.

Manual de Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis. Brasília.
Ministério da Saúde, 1999 - 3ª edição

142 p.

1. DST 2. Assistência DST/HIV 3. Manual

CORRIMENTOS VAGINAIS

Havendo evidências de corrimento vaginal, deve-se, sempre que possível, proceder a análise microscópica que é, na prática, o método definitivo para o diagnóstico etiológico do corrimento vaginal.

VULVOVAGINITES

Conceito

Considera-se como vulvovaginite toda manifestação inflamatória e/ou infecciosa do trato genital feminino inferior, ou seja, vulva, vagina e epitélio escamoso do colo uterino (ectocérvice).

Quadro Clínico

De um modo geral, as vulvovaginites se manifestam por meio de corrimento vaginal, cujas características podem ser bastante variáveis. O corrimento pode se apresentar associado a um ou mais dos seguintes sintomas: prurido vulvovaginal, dor ou ardor ao urinar, e sensação de desconforto pélvico.

Salienta-se que esses sinais e sintomas são inespecíficos, além do que, muitas infecções genitais podem ser completamente assintomáticas.

As vulvovaginites podem ser causadas por agentes infecciosos (transmitidos ou não pelo coito), mas também podem se relacionar a fatores físicos, químicos, hormonais, orgânicos e anatômicos que agem, ora de forma predisponente, ora desencadeante do processo.

Assim, deve-se mencionar o diabetes, a ingestão de esteróides, os traumas, o uso de lubrificantes e de absorventes internos e externos, como fatores que podem provocar o desenvolvimento de uma vulvovaginite. A depilação exagerada e freqüente, as roturas perineais, a prática de coito vaginal imediatamente após o coito anal, e o uso de DIU, além dos estados hiper ou hipoestrogênicos, podem favorecer as vulvovaginites, por modificarem a flora vaginal.

Etiologia

- Infecções: bacteriana, viral, fúngica.
- Infestações: protozoários, metazoários.

- Hormonais
- Neoplásicas
- Alérgicas
- Traumáticas
- Idiopáticas (psicossomáticas)

VAGINOSE BACTERIANA

Conceito e Agentes Etiológicos

A vaginose bacteriana é caracterizada por um desequilíbrio da flora vaginal normal, devido ao aumento exagerado de bactérias, em especial as anaeróbias (*Gardnerella vaginalis*, *Bacteroides* sp, *Mobiluncus* sp, micoplasmas, peptoestreptococos). Esse aumento é associado a uma ausência ou diminuição acentuada dos lactobacilos acidófilos (que normalmente são os agentes predominantes na vagina normal).

Características Clínicas

- corrimento vaginal com odor fétido, mais acentuado depois do coito e no período menstrual;
- corrimento vaginal acinzentado, de aspecto cremoso, algumas vezes bolhoso;
- dor às relações sexuais (pouco freqüente); e
- embora o corrimento seja o sintoma mais freqüente, quase a metade das mulheres com vaginose bacteriana são completamente assintomáticas.

Tratamento

Exemplos: Metronidazol 2g, VO, dose única; ou Tinidazol 2g, VO, dose única; ou Tianfenicol 2,5g/ dia, VO, por 2 dias.

Parceiros - Não precisam ser tratados. Alguns autores recomendam tratamento de parceiros apenas para os casos recidivantes.

CANDIDÍASE VULVOVAGINAL

Conceito e Agentes Etiológicos

É uma infecção da vulva e vagina, causada por um fungo comensal que habita a mucosa vaginal e a mucosa digestiva, que cresce quando o meio torna-se favorável para o seu desenvolvimento; 80 a 90% dos casos são devidos à *Candida albicans*.

A relação sexual já não é considerada a principal forma de transmissão, visto que esses organismos podem fazer parte da flora endógena em até 50% das mulheres assintomáticas.

Os fatores predisponentes da candidíase vulvovaginal são:

- gravidez;
- diabetes melitus (descompensado);
- obesidade;
- uso de contraceptivos orais de altas dosagens;
- uso de antibióticos, corticóides ou imunossupressores;
- hábitos de higiene e vestuário inadequados (diminuem a ventilação e aumentam a umidade e o calor local);
- contato com substâncias alergênicas e/ou irritantes (por exemplo: talco, perfume, desodorantes); e
- alterações na resposta imunológica (imunodeficiência), inclusive a infecção pelo HIV.

Características Clínicas

Sinais e sintomas dependerão do grau de infecção e da localização do tecido inflamado; podem se apresentar isolados ou associados, e incluem:

- prurido vulvovaginal (principal sintoma, e de intensidade variável);
- ardor ou dor à micção;
- corrimento branco, grumoso, inodoro e com aspecto caseoso (“leite coalhado”);
- hiperemia, edema vulvar, fissuras e maceração da vulva;
- dispareunia;
- fissuras e maceração da pele; e
- vagina e colo recobertos por placas brancas ou branco acinzentadas, aderidas à mucosa.

Tratamento

Exemplos: **Miconazol**, creme a 2%, via vaginal, 1 aplicação à noite ao deitar-se, por 7 dias; ou **Miconazol**, óvulos de 200 mg, 1 óvulo via vaginal, à noite ao deitar-se, por 3 dias; ou **Tioconazol** creme a 6,5%, ou óvulos de 300mg, aplicação única, via vaginal ao deitar-se; ou **Clotrimazol**, óvulos de 500mg, aplicação única, via vaginal.

O tratamento sistêmico deve ser feito somente nos casos recorrentes ou de difícil controle; nestes casos, deve-se investigar causas sistêmicas predisponentes. Tratar com: **Itraconazol** 200mg, VO, de 12/12h, só duas doses; ou **Fluconazol** 150mg, VO, dose única; ou **Cetoconazol** 400mg, VO, por dia, por 5 dias.

Para alívio do prurido (se necessário): embrocção vaginal com violeta de genciana a 2%.

Parceiros - Não precisam ser tratados, exceto os sintomáticos. Alguns autores recomendam o tratamento via oral de parceiros apenas para os casos recidivantes.

TRICOMONÍASE GENITAL

Conceito e Agente Etiológico

É uma infecção causada pelo *Trichomonas vaginalis* (protozoário flagelado), tendo como reservatório a cérvix uterina, a vagina e a uretra. Sua principal forma de transmissão é a sexual. Pode permanecer assintomática no homem e, na mulher, principalmente após a menopausa. Na mulher, pode acometer a vulva, a vagina e a cérvix uterina, causando cervicovaginite.

Características Clínicas

- corrimento abundante, amarelado ou amarelo esverdeado, bolhoso, com mau-cheiro;
- prurido e/ou irritação vulvar;
- dor pélvica (ocasionalmente);
- sintomas urinários (disúria, polaciúria);
- hiperemia da mucosa, com placas avermelhadas (colpite difusa e/ou focal, com aspecto de framboesa);
- teste de Schiller positivo (iodo negativo ou “oncoide”).

Tratamento

Exemplos: Metronidazol 2 g, VO, dose única, ou Tinidazol 2 g, VO, dose única.

Parceiros - Tratar sempre, ao mesmo tempo que a paciente, e com o mesmo medicamento e dose.

CERVICITE MUCOPURULENTA

Conceito e Agentes Etiológicos

Cervicite, ou endocervicite, é a inflamação da mucosa endocervical (epitélio colunar do colo uterino). Classicamente, as cervicites são classificadas como gonocócicas ou não gonocócicas, levando em consideração o seu agente etiológico.

Novos estudos têm demonstrado que a etiologia das cervicites está relacionada principalmente com *Neisseria gonorrhoeae* e *Chlamydia trachomatis*, além de bactérias aeróbicas e anaeróbicas da própria flora cérvico-vaginal. Outros agentes também relacionados são: *Trichomonas vaginalis*, *Mycoplasma hominis*, *Ureaplasma urealyticum* e Herpes simplex virus. Em virtude de não se poder obter o diagnóstico específico no momento da consulta e com a finalidade de possibilitar o tratamento adequado das cervicites e a prevenção das seqüelas que uma Doença Inflamatória Pélvica (DIP) pode provocar, é preconizado o tratamento sintomático, classificando-as como cervicites mucopurulentas.

Quadro Clínico

Embora assintomática na maioria das vezes, a mulher portadora de cervicite poderá vir a ter sérias complicações, quando a doença não for detectada a tempo.

Alguns sintomas genitais leves, como corrimento vaginal, dispareunia ou disúria, podem ocorrer na presença de cervicite mucopurulenta. O colo uterino fica habitualmente edemaciado, sangrando facilmente ao toque da espátula; às vezes, pode ser verificada a presença de mucopus no orifício externo do colo. Uma cervicite prolongada, sem o tratamento adequado, pode-se estender ao endométrio e às trompas, causando Doença Inflamatória Pélvica (DIP) sendo suas principais seqüelas: esterilidade, gravidez ectópica, dor pélvica crônica.

Tratamento

Exemplos: Azitromicina, 1g, VO, dose única; ou Eritromicina (estearato) 500 mg, VO, de 6/6 horas, durante 7 dias mais Cefixima 400 mg, VO, dose única; ou Ceftriaxona 250 mg, IM, dose única.

DOR PÉLVICA

A dor pélvica é classicamente dividida em aguda e crônica. A aguda tem início súbito e geralmente é intensa o suficiente para que a paciente procure cuidados imediatos. A dor pélvica é dita crônica quando tem pelo menos 6 meses de duração, e requer uma propedêutica cuidadosa.

DOENÇA INFLAMATÓRIA PÉLVICA (DIP)

Conceito

É uma síndrome clínica atribuída à ascensão de microorganismos do trato genital inferior, espontânea ou devida à manipulação (inserção de DIU, biópsia de endométrio, curetagem, etc.), comprometendo endométrio (endometrite), trompas, anexos uterinos e/ou estruturas contíguas (salpingite, miometrite, ooforite, parametrite, pelviperitonite).

Fatores de Risco

- DST prévias ou atuais: pacientes portadoras de infecção por clamídia, micoplasmas e/ou gonococos no cérvix uterino apresentam um risco aumentado para o desenvolvimento de DIP.
- Ser adolescente e adulta jovem.
- Ter múltiplos parceiros sexuais ou parceiro recente: em mulheres com mais de um parceiro ou cujo parceiro tenha mais de uma parceira, a probabilidade de ocorrer salpingite aumenta de 4 a 6 vezes.
- Usar método anticoncepcional: o dispositivo intra-uterino (DIU) quando associado a outros fatores de risco apresenta risco adicional para o desenvolvimento de uma salpingite aguda. O DIU pode representar um risco três a cinco vezes maior para o desenvolvimento de uma DIP se a paciente for portadora de cervicite.
- Já ter tido DIP: pacientes com salpingite prévia tem uma chance aumentada em 23% de desenvolver um novo episódio infeccioso.
- Ter parceiro sexual portador de uretrite com pouco ou nenhum sintoma.
- Manipular inadequadamente o trato genital.

Tratamento

A decisão de tratar a paciente, ou referi-la para unidade de maior complexidade, deve ser baseada na gravidade do quadro e das condições locais de trabalho para avaliação, diagnóstico, tratamento e seguimento da paciente.

Os esquemas terapêuticos devem visar os germes mais comumente envolvidos e deverão ser eficazes contra *Neisseria gonorrhoeae*, *Chlamydia trachomatis* e os anaeróbios, em especial o *Bacteroides fragilis* (podem causar lesão tubária), mesmo que estes não tenham sido confirmados nos exames laboratoriais.

Os esquemas também devem contemplar a vaginose bacteriana, frequentemente associada a DIP, bactérias gram negativas, bactérias facultativas e estreptococos.

O tratamento ambulatorial aplica-se a mulheres que apresentam quadro clínico leve, exame abdominal e ginecológico sem sinais de pelviperitonite, e que não estejam incluídas nos critérios para tratamento hospitalar, assim resumidos:

- caso em emergência cirúrgica (por exemplo, abscesso tubo-ovariano roto);
- quadro grave com sinais de peritonite, náusea, vômito ou febre alta;
- paciente grávida;
- paciente imunodeficiente (portadora do HIV com níveis baixos de CD4, ou em uso de terapia imunossupressiva, ou outros quadros debilitantes);
- paciente não apresenta resposta adequada ao tratamento ambulatorial; e
- paciente não tolera ou é incapaz de aderir ao tratamento ambulatorial.

Diagnóstico Diferencial

Gravidez ectópica, apendicite aguda, infecção do trato urinário, litíase ureteral, torção de tumor cístico de ovário, torção de mioma uterino, rotura de cisto ovariano, endometriose (endometriomaroto).

INFECÇÃO PELO PAPILOMAVIRUS HUMANO (HPV)

Conceito

Doença infecciosa, de transmissão frequentemente sexual, também conhecida como condiloma acuminado, verruga genital ou crista de galo.

Agente Etiológico

O Papilomavírus humano (HPV) é um DNA-vírus não cultivável do grupo papovavírus. Atualmente são conhecidos mais de 70 tipos, 20 dos quais podem infectar o trato genital. Estão divididos em 3 grupos, de acordo com seu potencial de oncogenicidade. Os tipos de alto risco oncogênico, quando associados a outros co-fatores, tem relação com o desenvolvimento das neoplasias intra-epiteliais e do câncer invasor do colo uterino.

Quadro Clínico

A maioria das infecções são assintomáticas ou inaparentes. Podem apresentar-se clinicamente sob a forma de lesões exofíticas. A infecção pode também assumir uma forma denominada subclínica, visível apenas sob técnicas de magnificação e após aplicação de reagentes, como o ácido acético.

Alguns estudos prospectivos têm demonstrado que em muitos indivíduos, a infecção terá um caráter transitório, podendo ser detectada ou não. O vírus poderá permanecer por muitos anos no estado latente e, após este período, originar novas lesões.

Os condilomas, dependendo do tamanho e localização anatômica, podem ser dolorosos, friáveis e/ou pruriginosos. Quando presentes no colo uterino, vagina, uretra e ânus, também podem ser sintomáticos. As verrugas intra-anaís são predominantes em pacientes que tenham tido coito anal receptivo. Já as perianais podem ocorrer em homens e mulheres que não têm história de penetração anal.

Na forma clínica as lesões podem ser únicas ou múltiplas, localizadas ou difusas e de tamanho variável, localizando-se mais frequentemente no homem, na glândula, sulco bálano-prepucial e região perianal, e na mulher, na vulva, períneo, região perianal, vagina e colo.

Diagnóstico

O diagnóstico do condiloma é basicamente clínico, podendo ser confirmado por biópsia, embora isto raramente seja necessário.

As lesões cervicais, subclínicas, são geralmente detectadas pela citologia oncológica, devendo ser avaliadas pela colposcopia e biópsias dirigidas.

Tratamento

O objetivo principal do tratamento da infecção pelo HPV é a remoção das verrugas sintomáticas, levando a períodos livres de lesões em muitos pacientes.

Verrugas genitais frequentemente são assintomáticas. Nenhuma evidência indica que os tratamentos atualmente disponíveis erradicam ou afetam a história da infecção natural do HPV.

A remoção da verruga pode ou não diminuir sua infectividade. Se deixados sem tratamento, os condilomas podem desaparecer, permanecer inalterados, ou aumentar em tamanho ou número. Nenhuma evidência indica que o tratamento do condiloma prevenirá o desenvolvimento de câncer cervical.

Os tratamentos disponíveis para condilomas são: crioterapia, eletrocoagulação, podofilina, ácido tricloroacético (ATA) e exérese cirúrgica.

Fatores que podem influenciar a escolha do tratamento é o tamanho, número e local da lesão, além de sua morfologia e preferência do paciente, custos, disponibilidade de recursos, conveniência, efeitos adversos, e a experiência do profissional de saúde.

LESÕES NA GENITÁLIA EXTERNA

- **Podofilina 10-25%** em solução alcoólica ou em tintura de Benjoim (Nunca usar durante a gravidez);
- **Ácido tricloroacético (ATA) a 80-90%** em solução alcoólica;
- **Eletrocauterização ou Eletrocoagulação ou Eletrofulguração;**
- **Criocauterização ou Crioterapia ou Criocoagulação;**
- **Exérese cirúrgica.**

LESÕES VEGETANTES DO COLO UTERINO

LESÕES VAGINAIS

- **ATA a 80-90%:** aplicar somente sobre as lesões.

LESÕES NO MEATO URETRAL

- **ATA a 80-90%:** aplicar somente sobre as lesões.
- **Podofilina 10-25%:** aplicar sobre as lesões e deixar secar antes de permitir o contato da área tratada com a mucosa normal. **Não utilizar durante a gestação.**

LESÕES ANAIS

- **ATA a 80-90%.** Aplicar somente sobre as lesões.
- **Exérese cirúrgica. Observação:** a conduta frente a lesões em mucosa anal deve ser decidida por um especialista.

LESÕES ORAIS

- **Exérese cirúrgica.**

Seguimento

Após o desaparecimento dos condilomas, não é necessário controle. Os pacientes devem ser notificados das possibilidades de recorrência, que freqüentemente ocorre nos três primeiros meses.

As mulheres tratadas por lesões cervicais devem ser seguidas de rotina após tratamento pelo exame ginecológico e citologia oncológica a cada 3 meses, por 6 meses; em seguida, a cada 6 meses, por 12 meses e após este período, anualmente, se não houver evidência de recorrência.

Conduta para os Parceiros Sexuais

O exame dos parceiros sexuais não tem utilidade prática para o manejo dos condilomas, porque o papel da reinfecção na persistência ou recidiva de lesões é mínimo, ainda que na ausência de tratamento que erradique o vírus.

Como o tratamento de condilomas não elimina o HPV, os pacientes e seus parceiros devem ser cientificados de que podem ser infectantes, mesmo na ausência de lesões visíveis. O uso de preservativos pode reduzir, mas não eliminar, o risco de transmissão para parceiros não contaminados.

NEOPLASIAS INTRAEPITELIAIS DE ALTO GRAU

Pacientes com lesões intraepiteliais de alto grau (High Grade Squamous Intraepithelial Lesion -HSIL) ou displasias moderada ou acentuada, ou carcinoma in situ NIC II ou NIC III, devem ser referidos a serviço especializado para confirmação diagnóstica, afastar possibilidade de carcinoma invasivo e realização de tratamento especializado.

INFECÇÃO SUBCLÍNICA PELO HPV NA GENITÁLIA (SEM LESÃO MACROSCÓPICA)

A infecção subclínica pelo HPV é mais frequente do que as lesões macroscópicas, tanto em homens quanto em mulheres. O diagnóstico, quase sempre, ocorre de forma indireta pela observação de áreas que se tornam brancas (cuidar com resultados falso-positivos), após aplicação do ácido acético sob visão colposcópica ou outras técnicas de magnificação, e que, biopsiadas, apresentam alterações citológicas compatíveis com infecção pelo HPV.

Podem ser encontradas em qualquer local da genitália masculina ou feminina.

RASTREIO DE CÂNCER CÉRVICOUTERINO EM MULHERES QUE TÊM OU TIVERAM DST

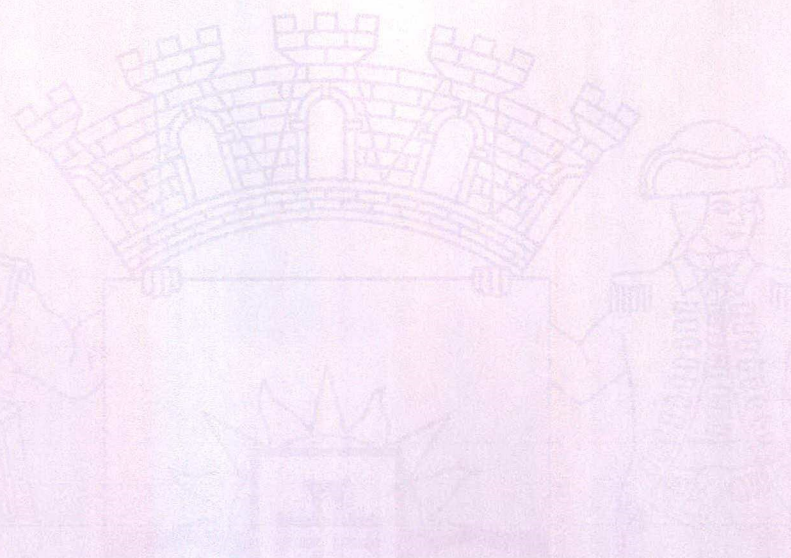
Mulheres com história ou portadoras de DST apresentam risco maior para câncer cérvico-uterino e para outros fatores que aumentam este risco, como a infecção pelo HPV.

A colpocitologia oncótica (“preventivo” ou exame de Papanicolaou) é um teste efetivo e de baixo custo para rastreio do câncer cérvico-uterino e de seus precursores.

11 ANEXOS

11.1 Anexo 1

Manual do Serviço de Prevenção do Câncer do Colo do Útero e de Mamas



PREFEITURA MUNICIPAL
DE FLORIANÓPOLIS

Secretaria Municipal da Saúde
2003

Manual do Serviço de Prevenção do Câncer do Colo do Útero e de Mamas

Prefeitura de Florianópolis

Angela Regina Heinzen Amin Helou
Prefeita

Secretaria Municipal de Saúde

Manoel Américo Barros Filho
Secretário

Departamento de Saúde Pública

Margarete Fernandes Mendes
Diretora

Elaboração

Dilse Purper de Souza - Enfermeira
Margarete Fernandes Mendes - Enfermeira
Suzana Wainsten - Médica

Colaboração

Carmen Lucia Luiz - Enfermeira
Ramon Tartari - Médico
Olindina Renaud Pacheco de Campos - Enfermeira

Servidores da Secretaria Municipal
da Saúde de Florianópolis



PREFEITURA MUNICIPAL
DE FLORIANÓPOLIS

Secretaria Municipal da Saúde
2003

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	3
INTRODUÇÃO	4
AMBIENTE E MATERIAL NECESSÁRIO	5
ATENDIMENTO À CLIENTE	6
EXAME DAS MAMAS	7
EXAME GINECOLÓGICO	8
COMUNICAÇÃO	11
QUALIDADE DA AMOSTRA	12
RESULTADO DA CITOLOGIA	13
ANEXO 1 - MODELO PARA A IDENTIFICAÇÃO DAS LÂMINAS	14
ANEXO 2 - MODELO PARA REGISTRO NA UNIDADE LOCAL	15
ANEXO 3 - ROTINA PARA DESINFECÇÃO DOS PENASIS	16
BIBLIOGRAFIA CONSULTADA	16

APRESENTAÇÃO

Este Manual foi elaborado com o objetivo de compilar as informações fornecidas aos diversos profissionais que nos são encaminhados para receber treinamento no Serviço de Prevenção do Câncer do Colo do Útero e de Mamas. Procuramos, de forma simples e direta, colocar aqui os passos mínimos necessários. Cada profissional ampliará a assistência à sua clientela, de acordo com seus conhecimentos e experiência.

Esperamos que este Manual contribua para sistematizar a atuação dos profissionais da rede básica de saúde que desenvolvem atividades de controle do câncer cérvico-uterino e de mama e também venha, de alguma forma, aprimorar a assistência à Saúde da Mulher, que é nosso objetivo final.

Manoel Américo Barros Filho
Secretário

Dr. George Nicholas Papanicolaou, médico grego, nascido em 1883, formou-se na faculdade de medicina pela Universidade de Atenas. Em 1943, graças às suas pesquisas, foi descoberto o meio de prevenção do câncer do colo do útero.

Foi na Alemanha que ele especializou-se em ginecologia e embriologia pela Universidade de Munique, mas sua carreira foi interrompida para servir o exército grego na Guerra dos Bálcãs. Depois desta guerra, Papanicolaou decidiu viver nos Estados Unidos e voltou a dedicar-se às suas pesquisas iniciadas em Munique, destacando-se como um grande pesquisador de câncer do colo do útero.

Desenvolvia suas pesquisas em laboratório, com muita paciência e minúcia durante muitos anos examinando as secreções do colo do útero. Começou a observar que o tecido de alguns colos do útero, aparentemente normais a olho nu, apresentavam alterações quando olhados com lente de aumento. Já em 1923, ele divulgou sua descoberta através de uma conferência e da publicação de um artigo científico, porém sem repercussões na classe médica.

Os anos se passaram e Papanicolaou continuou suas pesquisas, ao mesmo tempo em que dava aulas. Em 1943, portanto vinte anos depois, seu trabalho foi apresentado num congresso médico, onde finalmente obteve sucesso, que permanece até hoje.

O câncer do colo do útero é também conhecido pelos nomes de câncer cervico-uterino, câncer do colo do útero ou simplesmente câncer do colo. Para prevenir o câncer do colo, foi criado o exame de Papanicolaou, que também tem vários nomes: exame preventivo, exame de lâmina, exame citológico, citologia oncológica, exame citopatológico.

O Brasil foi um dos primeiros países do mundo a utilizar este exame nos serviços de saúde, há cinquenta anos. O exame preventivo está entre as tarefas que cabe ao governo assumir, mas existem contribuições que dependem das mulheres e dos homens também.

O câncer do colo do útero tem a ver com a vida sexual e reprodutiva, portanto, envolve as mulheres e os homens, de qualquer idade.

Consideramos que o mais importante em relação ao ambiente onde se prestará a assistência à mulher é que ele seja limpo, com boa iluminação e que nele seja possível respeitar a privacidade da cliente. Se necessário, utiliza-se biombo para separar a mesa ginecológica do restante da sala. É necessário que tenha uma pia para lavar as mãos, dentro da sala.

A seguir, listaremos móveis, utensílios e material necessário:

- Mesa secretária com cadeiras;
- Armário para roupas limpas e reserva de material;
- Mesa ginecológica;
- Escadinha;
- Foco de luz;
- Cadeira para a cliente colocar sua roupa;
- Espelho grande, colocado em frente à mesa ginecológica;
- Lixeira com saco de lixo hospitalar;
- Balde ou outro recipiente com saco, para roupas usadas;
- Balde (com suporte e pedal) contendo água e sabão líquido, para colocar o material utilizado (espécies e pinças);
- Lençóis, aventais, papel cortado para mesa ginecológica;
- Mesinha auxiliar para colocar o material a ser utilizado no exame ginecológico;
- Recipiente contendo espécies esterilizados nº 0, 1, 2 e 3;
- Recipiente contendo pinças Cheron esterilizadas;
- Almotolia contendo Lugol a 2 ou 5%;
- Recipiente contendo espátulas de Ayre e escovinhas para coleta endocervical;
- Frasco com tampa, contendo lâminas de molho em álcool 70%;
- Recipiente contendo compressas de gaze para secar as lâminas;
- Pacotinhos de torundas esterilizadas;
- Pacotinhos de gazes esterilizadas;
- Frasco de fixador citológico;
- 1 rolo de algodão hidrófilo ou absorventes íntimos;
- 1 frasco pequeno de soro fisiológico;
- Luvas de procedimentos;
- Banquinho de altura regulável;
- Penais;
- Lápis, caneta e borracha (na mesa auxiliar e na mesa secretária);
- Papel-toalha e sabonete para mãos;
- Aquecedor de ambiente;
- Formulários do Ministério da Saúde: Requisição de Exame Citopatológico
 - Colo do Útero;
- Livro de registros (tipo livro ata);

- Livro de agendamento, se necessário;
- Folhetos com instruções sobre os pré-requisitos para a realização da coleta para colpocitologia;
- Arquivo pequeno para colocar os resultados de exames que serão entregues às clientes.

ATENDIMENTO À CLIENTE

O atendimento poderá ser realizado por agendamento prévio ou no mesmo dia que a cliente procurar o serviço, de acordo com as possibilidades de cada unidade de saúde. Se for por agendamento, orientar a cliente verbalmente e por escrito quanto aos pré-requisitos para a realização do exame, que são os seguintes:

- Estar há 2 dias (48 horas) sem manter relação sexual;
- Aguardar pelo menos 7 dias após o término da menstruação;
- Aguardar 7 dias após o término do uso de cremes vaginais;
- Aguardar 2 dias após ter feito exame ginecológico.

A seguir, descreveremos os principais passos no atendimento.

1. Receber a cliente, questionando-a quanto aos critérios para a realização do exame;
2. Providenciar o prontuário da cliente, caso ainda não esteja de posse dele;
3. Acomodar a cliente, procurando sempre deixá-la à vontade. Evitar a permanência de acompanhantes, a não ser que seja o desejo da cliente;
4. Fazer uma rápida revisão do prontuário, para se inteirar do histórico da cliente e evitar perguntas desnecessárias;
5. Explicar à cliente o objetivo do exame preventivo do câncer e sua importância, dando-lhe oportunidade para expressar seus anseios e problemas, estabelecendo uma relação de confiança. Lembrar de abordar a questão do câncer de mama, verificando seu conhecimento a respeito do auto-exame;
6. Preencher o formulário do Ministério da Saúde de acordo com informações da cliente, tendo o cuidado de obter seu endereço real e, sempre que possível, um número de telefone para eventual necessidade de localizá-la. A sua letra deve ser bem legível, para evitar resultados de exame com nome errado;
7. Orientar a cliente para despir-se no local adequado, colocar o avental e sentar-se sobre o papel na mesa ginecológica;
8. Lavar e secar as mãos;

9. Explicar à cliente que primeiramente se fará o exame das mamas, orientando-a para o auto-exame.

EXAME DAS MAMAS

À medida que for examinando, explique à cliente como fazer o exame em casa e o que observar. Mostre no espelho.

- Inspeção:

Com a cliente sentada, seus membros superiores dispostos naturalmente ao longo do corpo, estando de frente para ela, iniciar a inspeção. Comparar o contorno das mamas. Observar: tamanho, formato das mamas e mamilos, presença de edemas, pele em "casca de laranja", abaulamentos, depressões, pigmentação da auréola. Solicitar à cliente que execute manobras, como: elevar os braços esticados e paralelos lentamente, até que as pontas dos dedos estejam apontando para o teto; em seguida, baixá-los; com os braços fletidos na altura do queixo, exercer pressão do punho contra a mão oposta; com as mãos sobre os quadris, exercer pressão, contraindo a musculatura do grande pectoral.

Estas manobras têm como finalidade evidenciar alguma anormalidade no parênquima mamário ou exacerbar aquelas que, porventura, já foram verificadas na inspeção estática (retração, abaulamento).

- Palpação:

Palpar a área dos gânglios axilares. Para isso, pedir que a cliente repouse o braço sobre a sua mão, favorecendo assim o relaxamento da musculatura. Com a outra mão, usando a face palmar dos dedos (mão em concha), palpar delicadamente os gânglios que estão localizados no oco axilar. Aproveitar para observar se há algum problema no dorso e tórax (por ex. melanomas, escabiose, etc.).

Solicitar à cliente para deitar-se e colocar as mãos sob a nuca. Palpar as mamas delicadamente e de maneira ordenada, atentando para a presença de nódulos. Examinar toda a superfície com as polpas digitais. Pode-se examinar iniciando no quadrante superior externo (QSE) e seguindo com movimentos circulares, formando uma espiral, ou então examinando quadrante por quadrante. Não esquecer de palpar a região inframamilar.

- Expressão:

Pressionar os mamilos, verificando a existência de secreção. Toda secreção que surgir, não relacionada com gravidez ou lactação, deverá ser colhida em lâmina para análise. Para tanto, identificar a lâmina na sua parte fosca, colocando o sobrenome da cliente, número do município, número do Centro de Saúde, número do prontuário e a qual mama se refere: "Mama E" ou "Mama D". Passar a lâmina diretamente sobre a secreção mamilar, colocar o fixador citológico e acondicionar a lâmina no mesmo penal onde se colocam as lâminas para colpocitologia oncológica.

Após o término do exame das mamas, cobri-las com o avental, verificar se a cliente ficou com alguma dúvida quanto ao auto-exame e, se necessário, reorientá-la.

As mulheres devem ser alertadas para os seguintes pontos:

- As mamas nem sempre são rigorosamente iguais;
- O auto-exame não substitui o exame ginecológico de rotina;
- A presença de um nódulo mamário não é, obrigatoriamente, indicadora de câncer;
- Em grande percentual de casos, é a própria mulher que descobre a sua patologia mamária;
- O auto-exame deve ser realizado mensalmente, na 2ª semana após a menstruação, período em que as mamas não apresentam edema;
- Toda alteração encontrada no auto-exame deve ser investigada por profissional competente;
- Quanto mais precocemente for diagnosticado o câncer de mama, melhor será o prognóstico.

EXAME GINECOLÓGICO

1. Lavar e secar as mãos;
2. Abrir todo o material necessário: espéculo (sempre que possível nº 1), pinça Cheron com torundas, espátulas de Ayre, escova para coleta endocervical, frasco de fixador citológico, penal;
3. Secar uma lâmina com gaze, identificá-la, retirando os dados do formulário do Ministério da Saúde, escrevendo, com lápis grafite na parte fosca, o sobrenome da cliente, o número do município, o número do Centro de Saúde e o número do prontuário da cliente;
4. Auxiliar a cliente a colocar-se em posição ginecológica. A cliente deve ficar em decúbito dorsal, com a porção inferior das regiões glúteas na borda da mesa, as coxas fletidas sobre o abdome, as pernas fletidas sobre as coxas. Os pés devem estar apoiados em suporte adequado. A iluminação deve ser boa, auxiliada por um foco;

5. Avisar a cliente que vai iniciar o exame;
6. Ligar o foco de luz, esperar que a cliente relaxe, orientando-a;
7. Colocar as luvas;
8. Toque na coxa da cliente com a sua mão, não deixe que o primeiro contato seja com o frio espéculo. Se achar mais prático, sente-se no banquinho, que deverá ficar em frente à mesa ginecológica, centralizado;
9. Inspeccionar a genitália externa: verificar se há alguma alteração como cor, assimetria, presença de lesões, condilomas, secreção, manchas, cicatrizes, ulcerações, etc.;
10. O espéculo deverá ser introduzido procurando-se evitar a porção anterior do introito vaginal que é muito sensível, livrando-se o aparelho do contato com o meato urinário e o tubérculo anterior da vagina. Segurar o espéculo com a mão dominante e, com a outra mão, entreabrir a vulva. Apoiar o espéculo na fúrcula e no perineo. Introduzir o espéculo suavemente, em posição oblíqua, exercendo pequena pressão para baixo. Após ultrapassar o introito vaginal, fazer uma pequena rotação, de modo que a lâmina do espéculo deslize para a parede vaginal posterior, e, ao mesmo tempo, complete a introdução;
11. Abrir o espéculo de forma a expor o colo uterino;
12. Observar a coloração da vagina e colo, presença de secreções, tumorações, ulcerações, aspecto do colo uterino, etc. Se usuária de DIU, verificar a presença ou não do fio do DIU;
13. Retirar toda secreção existente no colo, utilizando a pinça Cheron com torunda;
14. Colher o material para Colpocitologia Oncótica.

Técnica de coleta e preparação dos esfregaços

A coleta deverá ser triplice, exceto em usuárias de DIU e gestantes, nas quais não deverá ser feita a coleta do endocérvice.

- Fundo de saco vaginal: com a extremidade arredondada da espátula de Ayre, retirar material do fundo de saco posterior, colocando-o em seguida transversalmente à lâmina, na primeira terça parte, próximo à parte fosca.
- Ectocérvice: utilizando a outra ponta da espátula (ponta bifurcada), fazer um raspado da junção escamo-colunar, realizando um movimento rotativo de 360°. Em seguida, colocar o material no terço médio da lâmina, transversalmente, de modo que esta amostra encoste na primeira.
- Endocérvice (canal cervical): introduzir a escova no canal cervical e colher o material, fazendo um movimento rotativo de uma volta completa. A seguir, colocar o material sobre a lâmina, fazendo a escova girar longitudinalmente à lâmina no sentido contrário ao que foi feito a coleta, ou seja: você colheu girando para a esquerda, então coloque na lâmina girando para a direita.

Fixação do esfregaço:

Deve ser procedida imediatamente após o término da coleta. Borrifar a lâmina com o *spray* fixador, a uma distância de aproximadamente 20 cm. Em seguida, acondicionar a lâmina em penal próprio. Caso o fixador seja do tipo em gotas, a lâmina deve ser colocada em uma bandeja. Aguardar até secar, e depois colocá-la no penal ao final do turno. Outra técnica de fixação consiste em colocar a lâmina em frasco apropriado, contendo álcool a 95%, ficando a lâmina submersa, e dessa forma é enviada até o laboratório.

Após a fixação do esfregaço, observar bem o colo uterino. Se houve sangramento, secar com torunda presa à pinça Cheron. Se tiver ectopia, cistos ou outras condições consideradas fisiológicas, verificar bem a localização para uma correta interpretação do resultado do teste de Schiller, que será feito em seguida.

Teste de Schiller

O teste de Schiller consiste na aplicação de uma solução de Lugol 2% sobre o colo em quantidade abundante, retirando-se em seguida o excesso com gaze. A solução de Lugol deverá corar todo o epitélio estratificado, que é o epitélio que originalmente reveste a ectocérvice, uniformemente de marrom (Schiller negativo).

O objetivo do teste de Schiller é indicar, na área que normalmente deveria ser corada de marrom, zonas iodo-negativas (Schiller positivo), que indicam a necessidade de investigação suplementar com colposcópio.

A ectopia, que é o deslocamento da mucosa endocervical para fora do canal, cora-se fracamente com uma cor amarelada, que contrasta com o marrom do epitélio estratificado e o limite deve ficar nitidamente demarcado. O achado da ectopia é fisiológico e não merece maior atenção.

No climatério, a junção escamo-colunar desloca-se para o endocérvice e o colo é iodo-claro (sinal de hipotestrogenismo).

Algumas infecções vaginais, quando presentes, podem provocar zonas iodo-negativas que, após tratamento adequado da infecção, desaparecerão. Por isso, a importância de tratar as infecções e repetir o teste do Schiller, antes do encaminhamento do cliente para colposcópio.

Feito o teste de Schiller, retira-se o espéculo. A retirada do espéculo deverá ser tão cuidadosa quanto sua colocação, evitando prender o colo entre as lâminas do espéculo ou retirá-lo aberto, o que causará dor e traumatismo uretral. Soltar o colo das lâminas do espéculo, puxando-o um pouquinho para fora, fechá-lo e retirá-lo na mesma posição que foi colocado, pressionando-o levemente para baixo. Despejar o espéculo e a pinça no balde que contém solução de água e sabão líquido.

Solicitar que a cliente vista-se, fornecendo-lhe absorvente ou um pedacinho de algodão, no caso de estar previsto algum sangramento. Se for gestante, orientar que não confunda o sangramento com problemas na gestação. Retirar o papel da mesa ginecológica e as roupas usadas, colocando-os nos devidos recipientes e, em seguida, retirar as luvas, lavar e secar as mãos.

Realizar todas as anotações pertinentes no formulário do Ministério da Saúde: alterações observadas na inspeção do colo, se houve sangramento na coleta ou outras informações que julgar importante para quem for analisar a lâmina.

Proceder a todas as orientações, prescrições e a todos os encaminhamentos que se fizerem necessários à cliente receber o resultado do exame.

Fazer os registros no prontuário da cliente e no livro de registros do preventivo. Se o teste de Schiller foi positivo ou se foi colhida secreção de mama, anotar no livro também.

Quanto à presença de massa palpável nas mamas, registrar no prontuário:

- Localização - determinar a mama e quadrante ou descrever o local;
- Consistência - edematosa, cística, firme, endurecida, macia;
- Mobilidade - fixa, móvel, limitada;
- Tamanho - quando arredondada, anotar o diâmetro; quando ovalada, anotar o maior diâmetro;
- Dor - sensível, insensível, dolorida ao toque;
- Textura - uniforme, nodular, granular.

Se a tumoração estiver localizada em superfície visível, deve também ser avaliada quanto a sua cor e alteração de temperatura da pele.

Quando for coletada secreção mamilar, registrar no prontuário suas características:

- Secreção serosa - quando for clara e fluida;
- Secreção serossanguinolenta - tipo água de carne crua;
- Secreção purulenta - espessa amarelada.

COMUNICAÇÃO

Para tornar a comunicação o mais efetiva possível:

- Analise o grau de entendimento da cliente;
- Evite falar demasiadamente rápido;
- Use vocabulário simples e comum. Se necessário use vocabulários populares correspondentes aos termos técnicos, explicando que significam a mesma coisa;
- Seja breve, fale apenas o essencial, dando ênfase aos pontos importantes;

- Evite assumir atitude superior de "dono da verdade";
- Evite constranger ou ridicularizar a cliente;
- Procure utilizar material de apoio: cartazes, folhetos, etc.;
- Se julgar importante para a cliente, no momento, apenas escute-a, deixe-a exteriorizar sua carga de problemas. Ela pode estar há muito tempo precisando que alguém a ouça.

QUALIDADE DA AMOSTRA

Os falsos resultados negativos dos exames de esfregaço para colpocitologia oncocítica podem resultar de várias circunstâncias, entre as quais se encontram as seguintes:

1. A espátula ou a escova não esfregou a área afetada;
2. O material depositado na espátula ou escova não aderiu à lâmina;
3. A espátula ou escova não conseguiu atingir, em profundidade, o canal endocervical, a fim de colher amostras na junção cérvico-endocervical (junção escamo-colunar);
4. O fixador ou o corante utilizado para preservar adequadamente os detalhes celulares não funcionou;
5. Ao examinar o esfregaço, o citotécnico não identificou corretamente as células anormais;
6. Ao rever o caso, o patologista não classificou corretamente os fatos descobertos.

A fim de reduzir o número de falsos negativos, é essencial que a coleta do material seja feita cuidadosa e apropriadamente, de sorte que se obtenham amostras adequadas da junção escamo-colunar. Por isso, qualquer lâmina de esfregaço, onde não haja células endocervicais, está sob suspeita de não conter amostras de área onde a alteração celular ocorre mais frequentemente.

Também é importante que os esfregaços sejam bem fixados e coloridos. Os esfregaços secos ao ar livre estão sujeitos a fornecer um percentual de falsos diagnósticos muito elevado, o que deve ser evitado. A fixação do esfregaço deve ser imediata, no máximo, 20 segundos após a coleta. Isso evitará o ressecamento do material colhido. A técnica de utilizar uma só lâmina para amostras de regiões diferentes é adequada. Recomenda-se utilizar mais de uma lâmina, se for observada a presença de diferentes tipos de alterações na região da cérvix uterina.

Antes de iniciar uma coleta, verifique se todo o material necessário está reunido, pronto para uso e ao seu alcance. A organização é fundamental para o sucesso da tarefa.

As lâminas devem ser previamente limpas em água corrente e colocadas em recipiente contendo álcool 70%.

O material colhido deve ser homogeneamente espalhado sobre a superfície da lâmina, evitando movimentos de vai-e-vem.

A pressão exercida pela espátula de Ayre sobre a área de coleta deve ser consistente para que o raspado seja eficaz; contudo, é claro que esta medida não precisa ser exagerada, para que não haja traumatismo.

Espaços vazios na lâmina, entre um material e outro, devem ser evitados. O citologista tem obrigação de percorrer toda a lâmina, mesmo que perceba macroscopicamente a ausência de material.

Para clientes no climatério, se houver muito ressecamento da mucosa, pode-se molhar o espéculo e a espátula com soro fisiológico.

RESULTADO DA CITOLOGIA

Quando receber os resultados citopatológicos, registre a data do recebimento no livro de registros do preventivo. Registre, também, se o resultado foi normal ou alterado, descrevendo as alterações. Uma boa medida é registrar com caneta vermelha os resultados com alterações celulares. Envelope a primeira via e coloque num arquivo por ordem alfabética, para ser entregue à cliente. Guarde a segunda via no prontuário da cliente.

O encaminhamento da cliente para seguimento e tratamento vai variar, de acordo com as condições de cada Unidade de Saúde. As clientes com resultados que não sejam negativos para câncer deverão ser submetidas a procedimentos adicionais de diagnóstico e/ou terapêutico, o mais rapidamente possível. Clientes que tiveram o teste de Schiller positivo e Colpocitologia normal, devem ser encaminhadas para Colposcopia. Essas clientes deverão ser cuidadosamente informadas sobre o resultado, deixando claro que este não é um diagnóstico final, enfatizando a importância do tratamento e/ou outros procedimentos. O profissional de saúde tem a responsabilidade de garantir o encaminhamento dessas clientes. Anote no livro de registros, ao lado destes resultados, qual foi sua conduta em relação ao caso. Nas Unidades de Saúde onde o serviço for informatizado, definir um programa que possibilite o registro da conduta.

As mulheres com resultados alterados para malignidade deverão ser monitoradas pela Unidade de Saúde com o permanente controle de informações do tratamento, através de visitas domiciliares.

ANEXO 3

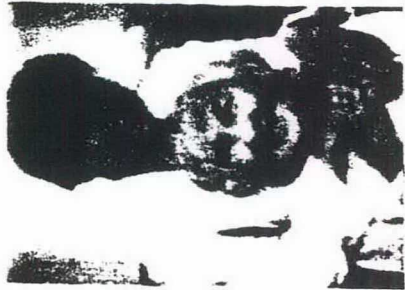
ROTINA PARA DESINFECÇÃO DOS PENAIIS

A limpeza e desinfecção dos penais das lâminas para exame deve ser realizada uma vez por semana. Utiliza-se água, sabão e escova. Deixar os penais de molho em um recipiente contendo água com sabão líquido, durante 15 minutos (o suficiente para desincrostar). Após, escovar bem, enxaguar em água corrente e deixar secar.

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

1. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Controle do câncer cérvico-uterino e de mamas. Normas e Manuais Técnicos. Brasília, 1987.
2. PALO, G. Colposcopia e patologia do trato genital feminino. Itália, 1993.
3. PREFEITURA DE FLORIANÓPOLIS. Manual de procedimento e rotinas de enfermagem. Secretaria Municipal da Saúde. Florianópolis, 1995.
4. REDEH - REDE DE DEFESA DA ESPÉCIE HUMANA. Prevenção: caminho para a saúde. Manual para Agentes de Prevenção do Câncer de Colo Uterino. Rio de Janeiro, 1998.
5. SALGADO, C., RIEPER, J.P. Colposcopia. 4ª ed. Rio de Janeiro, 1974.
6. Anotações realizadas em treinamentos promovidos pelo Ministério da Saúde, por ocasião das Campanhas Nacionais - 1998 e 2002.

11.2 Anexo 2



**5ª Jornada Brasileira de Enfermagem
Geriátrica e Gerontológica
28ª Jornada Catarinense de Enfermagem**

CERTIFICADO

Certificamos que: Maisara Dal' Ri
Participou da 5ª Jornada Brasileira de Enfermagem Geriátrica e Gerontológica e 28ª Jornada Catarinense de
Enfermagem, realizado em Florianópolis, SC, Brasil, no período de 08 a 10 de setembro de 2004, na
qualidade de Participante com carga horária de 26h.

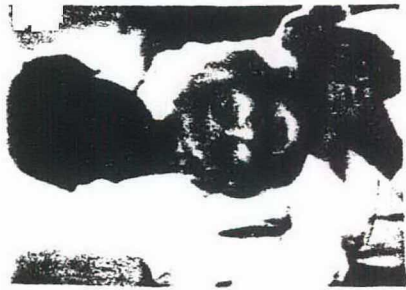
Florianópolis, 10 de Setembro de 2004.

Lúcia Hisako Takase Gonçalves

Lúcia Hisako Takase Gonçalves
Coordenadora GESPI/UFSC

Angela Maria Alvarez

Angela Maria Alvarez
Presidente da ABEn-SC



**5ª Jornada Brasileira de Enfermagem
Geriátrica e Gerontológica
28ª Jornada Catarinense de Enfermagem**

CERTIFICADO

Certificamos que: Suzana Zolnoduski
Participou da 5ª Jornada Brasileira de Enfermagem Geriátrica e Gerontológica e 28ª Jornada Catarinense de
Enfermagem, realizado em Florianópolis, SC, Brasil, no período de 08 a 10 de setembro de 2004, na
qualidade de Participante com carga horária de 26h.

Florianópolis, 10 de Setembro de 2004.

Lúcia H. Takase G.

Lúcia Hisako Takase Gonçalves
Coordenadora GESPI/UFSC

Angela Maria Alvarez

Angela Maria Alvarez
Presidente da ABEn-SC



DISCIPLINA: INT 5134 - ENFERMAGEM ASSISTENCIAL APLICADA

Parecer Final do Orientador sobre o Relatório da Prática Assistencial

O relatório atende os requisitos da disciplina INT 5134. Trata de Assistência a mulher, com o título: Assistência à Saúde da mulher: Promovendo a Auto-cuidado da mulher no Climotério Desempenhado no Centro de Saúde do bairro Saco Grande - Florianópolis. Mariana Dal' Ri e Suzana Zelnowski concluem a assistência com competência, maturidade e responsabilidade contribuindo com o serviço, mas principalmente, com as mulheres.

A partir da experiência das acadêmicas, esta assistência terá continuidade pelos profissionais do serviço demonstrando assim, a necessidade e competência da assistência prestada.

Florianópolis, 07 de junho 04
Ely Belho Coelho